

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

113

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul-Ursin-Raoul-Henri DUMONT

Né à Bernay, le 6 Janvier 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS
SUSCEPTIBLES DE MODIFIER L'ASPECT
DU SILLON NASO-GÉNIEN

(Travail effectué dans le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de M. le Docteur Maurice BOUCHET, à l'Hôpital Saint-Louis)

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938



**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS
SUSCEPTIBLES DE MODIFIER L'ASPECT
DU
SILLON NASO-GÉNIEN**

DU MÊME AUTEUR :

Etude sur les cristaux de Teichmann, Conférences faites à la Société Française de Microscopie le 25 février 1935 et le 27 mai 1935. *In Bulletin de la Société Française de Microscopie*. Vol. IV, n° 1, 1935, p. 16 et vol. IV, n° 3, 1935, p. 111.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul-Ursin-Raoul-Henri DUMONT

Né à Bernay, le 6 Janvier 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER L'ASPECT DU SILLON NASO-GÉNIEN

(Travail effectué dans le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de M. le Docteur Maurice BOUCHET, à l'Hôpital Saint-Louis)

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N..
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LACOMME	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
GAYET.	Physiologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHEZ	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-rhino laryngologie.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale
HUGUENIN	Anatomie pathologique	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
		WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCO	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE FEMME CHÉRIE

Elle avait été notre camarade, elle fut la compagne aimante et dévouée de nos années d'études, elle est et sera la gardienne de notre foyer et la collaboratrice de notre vie médicale.

Qu'elle trouve ici le témoignage de notre grand amour.

A NOTRE GRAND-MÈRE

A NOTRE PÈRE

Il s'est imposé les sacrifices les plus durs et les plus pénibles pour nous permettre de réaliser nos études médicales. Nous ne lui en serons jamais assez reconnaissant : mais qu'il trouve, dans ce travail, une très petite part de la récompense à laquelle il a droit.

A NOTRE MÈRE

Que ce travail qui est la réalisation de ses plus chers espoirs soit pour elle le modeste témoignage de toute notre tendresse.

A NOS BEAUX-PARENTS

Ils nous ont aidé dans la réalisation de ce travail, par leurs encouragements multiples. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance.

A NOTRE BEAU-FRÈRE

RENÉ GUILLOT

Avocat à la Cour d'Appel de Paris.

En signe d'excellente amitié.

A MONSIEUR LE CHANOINE MONSILLION

Curé-Archiprêtre de Sainte-Croix de Bernay.

En signe de profonde affection.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Il a toujours été pour nous un Maître dévoué dont l'enseignement et la bonté resteront gravés pour toujours dans notre mémoire. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude. Nous aurions voulu que ce travail fût digne de lui, mais il eût fallu pour cela plus que notre bonne volonté.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET

Laryngologiste des Hôpitaux
Chef du Service de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il fut notre Maître dans la spécialité pendant près de 6 ans. Nous n'oublierons jamais la bonté et la douceur avec lesquels il nous dispensa un enseignement médical et chirurgical, précieux entre tous, les encouragements qu'il ne cessa de nous prodiguer, les conseils qu'il ne manqua jamais de nous donner.

Il fut l'inspirateur de ce travail ; il en fut aussi l'animateur et, c'est grâce à lui que nous avons pu le réaliser.

Qu'il veuille bien y voir le modeste témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Chef du Service de Laryngologie de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En souvenir des années inoubliables que
notre Père passa avec lui sur les bancs du
même Collège.*

*Nous le prions de trouver ici l'expres-
sion de notre respectueux souvenir.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Année scolaire

1930-31 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO (Hôtel-Dieu).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT (Hôtel-Dieu).

1931-32 :

MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE HALPHEN (Saint-Louis).

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET (Ambroise-Paré).

1932-33 :

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND MONIER-VINARD (Ambroise-Paré).

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET (Ambroise-Paré).

1933-34 :

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE (Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET (Ambroise-Paré).

1934-35 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE (Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MONBRUN (Ambroise-Paré).

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET (Ambroise-Paré).

Années 1935, 1936, 1937, 1938.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BOUCHET (Ambroise-Paré et Saint-Louis).

Il nous a semblé indispensable, tout en nous limitant le plus possible à l'oto-rhino-laryngologie, de demander à nos Maîtres une instruction médico-chirurgicale plus générale.

Que ceux qui ont bien voulu nous la donner trouvent ici l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR GEORGES GOYAU

Secrétaire Perpétuel de l'Académie Française
Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous fit le très grand honneur de nous
donner de précieux conseils et de nous aider
de ses encouragements au cours de nos
études médicales.*

*Qu'il trouve ici le modeste hommage de
notre reconnaissance et de notre affection
respectueuse.*

A LA MÉMOIRE DE FRANTZ REICHEL (1871-1932)

Officier de la Légion d'Honneur
« Athlète et Journaliste »

A MONSIEUR CAMILLE LEFÈVRE

Architecte-Inspecteur des Bâtiments civils et des Palais nationaux
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage affectueux.

A MONSIEUR LE CHANOINE LECONTE

Curé de Saint-Gervais de Rouen
Ancien Professeur à l'École Fénelon d'Elbeuf

Au temps de nos études secondaires, nous avons suivi pendant quelques mois, son enseignement précieux, fait de douceur et de fermeté. Il nous a donné l'exemple et le goût du travail. Il a développé chez nous le sens de la beauté, de la justice et du bien. Il nous a initié aux finesses des auteurs grecs et latins. Nous ne lui serons jamais assez reconnaissant des heures qu'il nous a consacrées. Erudit et pédagogue achevés, il représentera toujours, pour nous, celui à qui nous devons le couronnement de nos études secondaires.

A MONSIEUR LE CHANOINE MALSANG

Supérieur de l'École Fénelon d'Elbeuf

Ce travail sera, pour lui, la preuve que son enseignement philosophique a porté ses fruits. Certes, nous lui devons quelques connaissances sur la Psychologie, la Morale, la Logique et la Sociologie ; mais, ce que nous lui devons avant tout, c'est l'esprit de méthode, d'ordre et de classification qui a présidé à l'élaboration de cette étude.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A NOS CHEFS MILITAIRES

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT FABRE

Médecin-chef de la Base aérienne 104.

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT VIDAL

Médecin-chef du 46^e R. I.

Nous sommes heureux d'avoir été sous les ordres de l'un et de l'autre. Ils ont achevé de nous donner le sens de la discipline. Ils ont bien voulu faciliter nos travaux, nous les en remercions et les assurons ici de notre affection respectueuse.

A NOTRE EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR GÉRARD JUSSEAUME

Ancien assistant de Laryngologie des Hôpitaux de Paris

Il a été l'ami des bons et des mauvais jours. Il a su compléter, par ses conseils, le précieux enseignement de notre Maître : M. le Docteur Maurice Bouchet. Il nous a initié avec une patience inlassable, aux finesses de l'anatomie humaine, il a complété nos connaissances de la technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique. Il nous a donné des encouragements particulièrement précieux. Notre travail a toujours été empreint d'un esprit de collaboration et de camaraderie. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre très grande amitié.

A MM. LES DOCTEURS

RENÉ HUGUENIN

Professeur-Agrégé d'Anatomie Pathologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il a bien voulu nous accueillir dans son
laboratoire de la Faculté. Qu'il trouve ici
l'expression de notre affectueuse gratitude.*

JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous est impossible d'oublier ce que
nous lui devons. Ce travail ne sera que le
bien modeste témoignage de notre grati-
tude.*

PAUL JACQUET

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

PIERRE HUET

Laryngologiste des Hôpitaux et de l'Institut du Cancer

ANTOINE GARRELON

Chef des Travaux de Physiologie de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

GEORGES LEBEDINSKY

Directeur de l'École de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris

GÉRARD MAUREL

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur de Chirurgie maxillo-faciale à l'École dentaire de France
Chevalier de la Légion d'Honneur

ANDRÉ FOUQUET

Assistant d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux de Paris

NICOLAS COHN

*Hommages reconnaissant pour les ins-
tants qu'il nous ont consacré, pour les
conseils qu'ils nous ont donné.*

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'observer, au cours de nos différents stages dans les Services hospitaliers, des déformations du sillon naso-génien. Ces déformations étaient produites tantôt par des lésions superficielles, tantôt par des lésions profondes.

Le diagnostic différentiel des affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon naso-génien nous a amené à envisager des hypothèses extrêmement variées que nous avons présentées, à différentes reprises, à notre Maître : Monsieur le Docteur Maurice BOUCHET qui a eu l'idée de nous conseiller de faire de leur étude le sujet de notre thèse.

Récemment encore nous avons dû pratiquer, chez une femme, venue nous consulter dans son Service de l'Hôpital Saint-Louis, l'ablation d'une masse déformant le sillon naso-génien et pour laquelle nous avons longuement hésité entre le diagnostic de kyste vrai et celui de pseudo-kyste.

Cette intervention chirurgicale a été pour nous le point de départ d'une étude plus approfondie concernant particulièrement l'origine et l'évolution de ces tumeurs kystiques dont nous rapporterons quelques observations qui nous ont paru très intéressantes.

Nous passerons successivement en revue au cours de ce travail : le rappel anatomique de la région naso-génienne, la classification des affections susceptibles de modifier l'aspect de cette région, le diagnostic différentiel de ces affections, un certain nombre d'observations les concernant. Enfin, nous essaierons d'apporter à cette étude les quelques conclusions qui nous ont paru devoir en découler.

RAPPEL ANATOMIQUE

MORPHOLOGIE EXTERNE

Le Sillon naso-génien n'est pas, à l'heure actuelle, considéré comme une région anatomique à proprement parler.

En effet, d'une part, les cliniciens n'y ont attaché qu'une faible attention, car les affections dont il peut-être le siège se montrent assez rares. D'autre part, les anatomistes, le considérant tout au plus comme la limite de séparation entre la région jugale et la région nasale, ne l'ont le plus souvent cité qu'en passant, sans même le décrire.

Le Dr RICHER lui-même, dans son *anatomie artistique*, ne le décrit pas.

Or, si nous voulons étudier les affections du sillon naso-génien, les individualiser et en faire une véritable entité morbide, rare il est vrai, mais présentant un très grand intérêt comme nous le verrons, tant au point de vue chirurgie faciale qu'au point de vue stomatologie, il importe avant tout de considérer ce sillon, non plus comme un parent pauvre de l'anatomie, mais bien comme une région de la face au même titre que la région massétérine ou que la région parotidienne.

Nous étudierons donc successivement ce qu'il faut entendre par sillon naso-génien, sa forme, ses limites, ses dimensions, le squelette sur lequel il repose, les muscles, les vaisseaux, les ganglions, les nerfs que l'on rencontre sous la peau de cette région.

FORME

TILLAUX ne décrit pas la forme du sillon naso-génien.

TESTUT et JACOB le considèrent comme un sillon longitudinal oblique en bas et en dehors.

« Le bord latéral du nez, écrivent-ils dans leur traité d'anatomie

« topographique, forme, avec le plan de la face, un sillon longitudinal
 « oblique en bas et en dehors, partant de l'angle interne de l'œil et
 « venant aboutir au point le plus externe de l'aile du nez. Ce sillon
 « prend successivement, en allant de haut en bas, les noms de :
 « sillon naso-palpébral, sillon naso-génien, sillon naso-labial. »

En réalité, nous pensons qu'une correction semble pouvoir être apportée à cette terminologie.

La limite entre le nez et le plan facial peut se concevoir, non pas seulement, comme un simple sillon longitudinal oblique en bas et en



Fig. 1. — Schéma représentant le sillon naso-génien tel qu'il est conçu par TESTUT et JACOB.

dehors, mais comme un sillon plus complexe, formé par trois segments.

UN SEGMENT SUPÉRIEUR

En forme d'arc de cercle, à concavité externe, contournant l'angle interne de l'œil. Ce segment constitue le sillon naso-palpébral.

UN SEGMENT MOYEN

C'est ce segment qui est rectiligne, oblique en bas et en dehors, et qui descend jusqu'au point le plus externe de l'aile du nez.

Ce segment constitue le sillon naso-génien proprement dit.

UN SEGMENT INFÉRIEUR

Ce segment commence à l'extrémité inférieure du précédent, il se rapproche plus ou moins de l'horizontale, selon la forme du nez ; c'est lui qui constitue le sillon naso-labial.

Cette distinction est du reste basée, non seulement sur la morphologie externe, mais encore, et ce fait lui donne une plus grande valeur

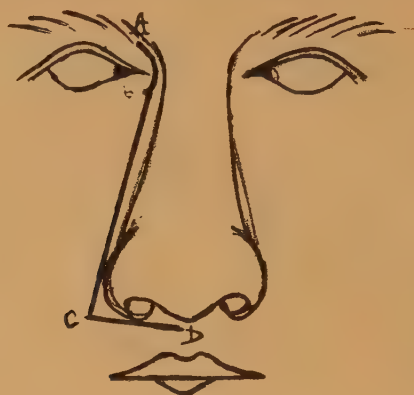


Fig. 2. — Schéma représentant le sillon naso-génien tel que nous le concevons.

(AB = sillon naso-palpébral ; BC = sillon naso-génien
proprement dit ; CD = sillon naso-labial.)

au point de vue anatomique, sur la répartition des muscles sous-jacents, comme nous aurons l'occasion d'y revenir un peu plus loin.

LIMITES

Tel que nous venons de le décrire, le sillon naso-génien proprement dit, présente une extrémité supérieure, qui correspond exactement à l'extrémité inférieure du sillon naso-palpébral, et qui est située à quelques millimètres au dessous et en dedans de l'angle interne de l'œil ; et une extrémité inférieure qui correspond à l'extrémité externe du sillon naso-labial et qui est située en regard de la partie la plus externe de l'aile du nez.

DIMENSIONS

Le sillon naso-génien proprement dit a une longueur d'environ 4 centimètres, il reste bien entendu que cette longueur varie avec chaque sujet de quelques millimètres en plus ou en moins selon la forme et les dimensions du nez lui-même.

SQUELETTE SOUS-JACENT

Le sillon naso-génien tel que nous l'avons défini et individualisé, repose sur un squelette fibro-ostéo-cartilagineux, en forme de gouttière à grand axe longitudinal oblique en bas et en dehors et à concavité antéro-externe.

Cette gouttière présente à étudier successivement un fond, un versant externe génien, un versant interne nasal.

Le fond répond exactement, dans ses deux tiers supérieurs, au bord antérieur de l'os maxillaire supérieur qui, dans son tiers supérieur, s'articule, par le bord antérieur de son apophyse montante, avec l'os nasal ; dans son tiers moyen, forme la partie supérieure de l'échancrure nasale ; dans son tiers inférieur, le fond s'écarte un peu en dehors du bord antérieur du maxillaire supérieur pour gagner l'extrémité supérieure de la bosse canine.

Le versant externe génien est constitué par un plan osseux qui regarde en avant, un peu en dehors, et légèrement en haut, et qui est formé par la face antérieure du maxillaire supérieur et de son apophyse montante.

La face antérieure du maxillaire supérieur est irrégulière, sa moitié inférieure est striée verticalement par de petites élevures qui répondent aux racines dentaires. Parmi ces élevures, il en est une plus accentuée qui correspond à la canine, et que l'on désigne sous le nom de bosse canine. Au dessus des élevures des incisives, on remarque la fossette myrtiliforme.

En dehors de la bosse canine, au-dessus des élevures répondant aux deux prémolaires, on rencontre la fosse canine. C'est juste au-dessus de cette fosse canine que l'on trouve l'orifice de terminaison du canal sous-orbitaire ou trou sous-orbitaire.

C'est à cette face antérieure du maxillaire supérieur que correspond en profondeur l'antre d'Highmore ou sinus maxillaire. Ce qu'il y a

de plus intéressant à retenir dans l'anatomie de l'antre d'Highmore, c'est, d'une part, la situation de son orifice : celui-ci est en effet situé sur la face interne du sinus, presque dans l'angle postéro-supérieur ; d'autre part, l'existence de prolongements : prolongements palatins supérieur et inférieur, prolongement alvéolaire, prolongement malaire et, nous intéressant particulièrement, prolongement orbitaire qui

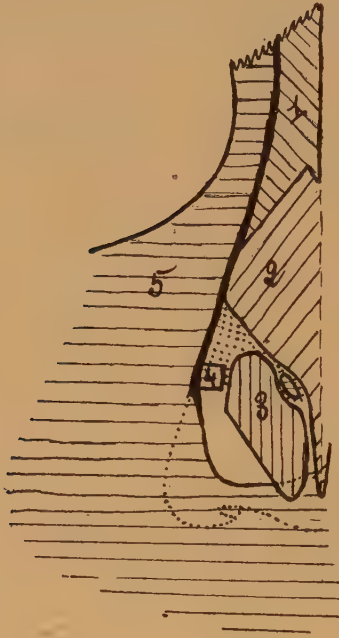


Fig. 3. — Représentation très schématique de la gouttière ostéo-fibro-cartilagineuse.

(En trait plein épais = le 1/3 sup. et le 1/3 moy. du fond de la gouttière correspondant au bord ant. du maxillaire sup. ; en trait pointillé = le 1/3 inf. du fond de la gouttière quitte l'échancrure nasale ; en 1 = os nasal ; en 2 = cartilage latéral ; en 3 = cartilage de l'aile du nez ; en 4 = cartilage carré ; en 5 = maxillaire sup. ; entre 2 et 3 = cartilage sésamoïde ; en pointillé = membrane fibreuse.)

creuse l'épaisseur de la branche montante du maxillaire répondant ainsi au versant externe du sillon naso-génien.

Le versant interne nasal est beaucoup plus complexe. C'est un plan fibro-ostéo-cartilagineux qui regarde en avant, en dehors et un peu en haut, et qui est formé de haut en bas par :

L'OS NASAL

Son bord interne répond au fond de la gouttière et s'articule avec le bord antérieur de la branche montante du maxillaire supérieur, et son bord inférieur s'articule avec le cartilage latéral.

LE CARTILAGE LATÉRAL

Il est de forme triangulaire à base antéro-interne s'unissant sur la ligne médiane à la base du cartilage du côté opposé. Son sommet arrondi répond au fond de la gouttière et s'articule avec le bord tranchant de l'échancrure nasale du maxillaire supérieur. Son bord supérieur s'articule avec le bord inférieur de l'os nasal. Son bord inférieur donne attache à la membrane fibreuse qui unit les cartilages du nez entre eux.

LA MEMBRANE FIBREUSE NASALE

Elle s'attache :

- 1^o Dans le fond de la gouttière, sur le bord tranchant de l'échancrure nasale du maxillaire supérieur ;
- 2^o Sur le bord inférieur du cartilage latéral ;
- 3^o Sur le bord supérieur du cartilage carré ;
- 4^o Sur le bord supérieur du cartilage de l'aile du nez.

LE CARTILAGE DE L'AILE DU NEZ

Il est séparé du fond de la gouttière par le cartilage carré et du cartilage latéral par le cartilage sésamoïde.

LE CARTILAGE CARRÉ

C'est un petit cartilage dont le bord externe répond au fond de la gouttière, le bord supérieur donne attache à la membrane fibreuse et le bord interne s'articule avec le cartilage de l'aile du nez.

UNE TOUTE PETITE PORTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

comprise entre l'extrémité supérieure de la bosse canine et l'échancrure nasale.

LES MUSCLES

Nous retrouvons, au point de vue musculaire, exactement la même topographie que celle que nous avons indiquée au point de vue morphologie externe.

Le schéma n° 4 nous montre très nettement que le bord antérieur du muscle orbiculaire des paupières correspond très exactement à ce que nous avons convenu d'appeler le sillon naso-palpébral.

Le bord supérieur du muscle orbiculaire des lèvres, correspond au sillon naso-labial.

Enfin, le muscle releveur superficiel ou élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure dessine, de la façon la plus nette, dans toute sa longueur, le sillon naso-génien proprement dit.

On conçoit donc facilement que l'étude anatomique de la musculature du sillon naso-génien n'intéresse :

1° que le muscle releveur superficiel ou élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

2° que les muscles compris entre l'orbiculaire des paupières en haut et l'orbiculaire des lèvres en bas. Les uns sont situés en avant et en dedans du muscle releveur superficiel et reposent sur le versant interne de la gouttière fibro-ostéo-cartilagineuse.

Ce sont de haut en bas : *le transverse du nez ou triangulaire, le dilatateur de la narine.*

L'autre est situé en arrière et en dehors du muscle releveur superficiel et repose sur le versant externe de la gouttière fibro-ostéo-cartilagineuse :

C'est le muscle releveur profond ou élévateur propre de la lèvre supérieure.

MUSCLE RELEVEUR SUPERFICIEL OU ÉLÉVATEUR COMMUN DE L'AILE DU NEZ ET DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

C'est l'ancien pyramidal de SANTORINI.

Comme nous l'avons déjà vu, il répond dans toute son étendue à la peau du sillon naso-génien. Il s'étend de l'angle interne de l'œil à la lèvre supérieure.

Il s'insère en haut sur la face externe de l'apophyse montante du

maxillaire supérieur. Cette insertion est cachée sous le muscle orbiculaire des paupières.

Il se termine en bas, sur la peau de la partie postérieure de l'aile du nez, et sur la peau de la lèvre supérieure.

MUSCLE TRANSVERSE DU NEZ

Il est encore appelé triangulaire du nez ou constricteur du nez.

Il est mince, plat et de forme triangulaire.



Fig. 4. — Schéma montrant l'analogie de la morphologie musculaire et de la morphologie externe.

(en 1 = orbiculaire des paupières ; en 2 = releveur superficiel ;
en 3 = orbiculaire des lèvres.)

Il s'insère, en avant, par sa base large, sur une aponévrose qui recouvre le dos du nez et le réunit à celui du côté opposé.

Il se termine en arrière par son sommet sur la peau du sillon naso-génien par ses fibres antérieures qui sont entremêlées avec celles du muscle dilatateur des narines.

Ses fibres postérieures se continueraient, pour certains auteurs, avec les faisceaux externes du muscle myrtiliforme.

MUSCLE DILATATEUR DES NARINES

C'est le dilatateur propre de SANTORINI, le pinnal transverse de CRUVEILHIER.

Il est adhérent à la peau et au cartilage de l'aile du nez, il s'insère en arrière sur la peau de la base du sillon naso-génien par des fibres entrecroisées avec celles du muscle transverse.

Il se termine en avant sur le bord inférieur de l'aile du nez.

MUSCLE RELEVEUR PROFOND

Il est encore appelé élévateur propre de la lèvre supérieure ou élévateur commun profond de SAPPEY.

Il s'insère en haut sur les deux tiers internes du rebord orbitaire, cette insertion est cachée par le muscle orbiculaire des paupières.

Il se termine en bas sur la peau de la lèvre supérieure.

Au niveau de cette insertion le muscle releveur profond recouvre l'orbiculaire des lèvres.

Ce muscle releveur est croisé, à angle aigu ouvert en haut, par le muscle releveur superficiel qui recouvre le releveur profond en bas et en avant. La partie postéro-supérieure qui n'est pas recouverte par le releveur superficiel est adhérente à la peau.

LES VAISSEAUX

ARTÈRES

Le fond du sillon naso-génien est occupé par *l'artère faciale* ou maxillaire externe, branche collatérale de l'artère carotide externe.

Cette artère chemine sur le muscle releveur profond et passe sous le releveur superficiel, puis elle repose sur le dilatateur des narines et le transverse du nez. A partir de cet endroit, elle se trouve légèrement en avant sur le versant interne de la gouttière naso-génienne.

Au niveau du V, décrit par le bord inférieur du transverse et le bord supérieur du dilatateur, elle donne *l'artère de l'aile du nez* ; un peu plus haut, elle donne une artériole qui lui constitue une anastomose sous orbitaire avec la maxillaire interne.

Enfin, elle gagne l'angle interne de l'œil, pour prendre le nom

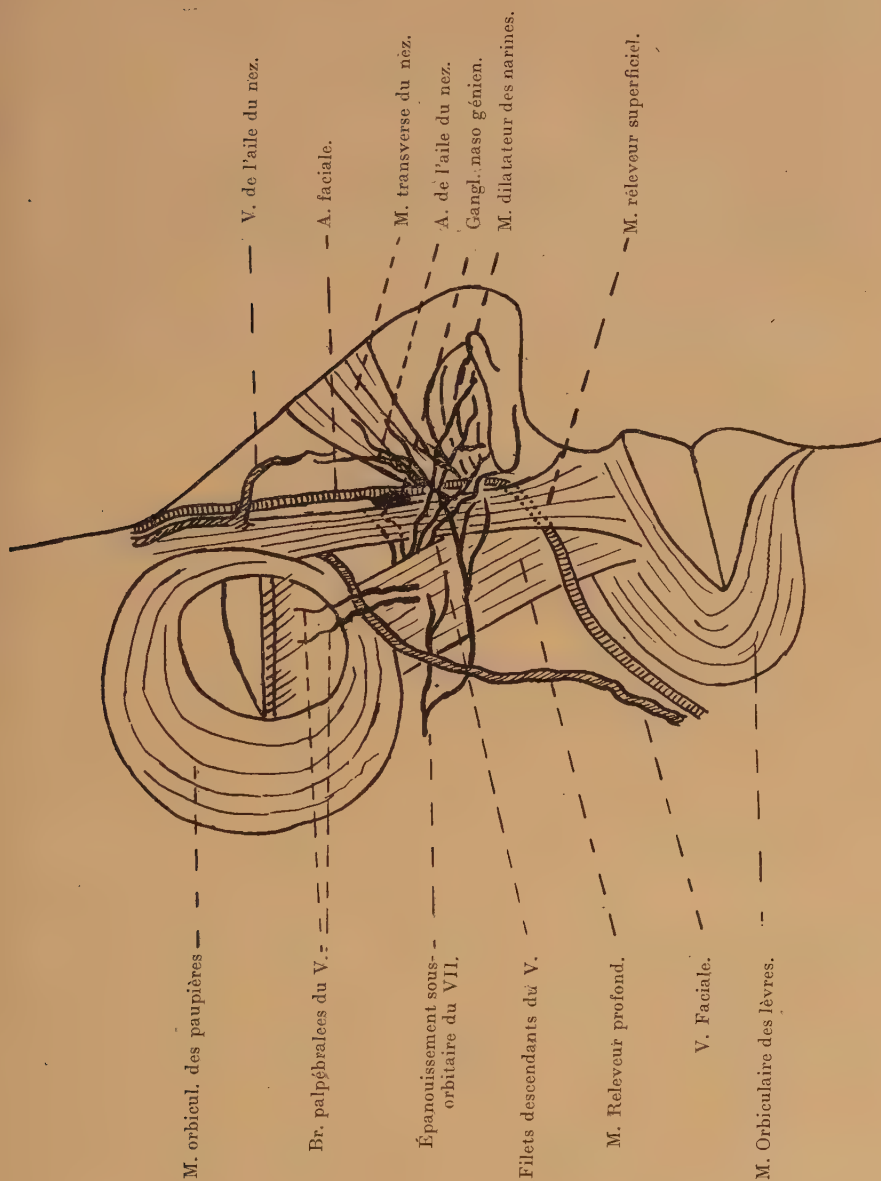


Fig. 5. Schéma de l'anatomie du sillon naso-génien.

d'artère angulaire et s'anastomoser avec l'artère nasale, branche de l'ophtalmique.

VEINES

Au niveau du sillon naso-génien, l'artère faciale est accompagnée dans son trajet par la *veine faciale* ou veine maxillaire externe. Les Allemands la nomment encore *veine faciale antérieure* réservant le nom de veine faciale postérieure à la partie supérieure de la jugulaire externe, partie supérieure que CRUVEILHIER désignait sous le nom de tronc temporo-maxillaire, et distinguant ainsi la veine faciale proprement dite des petites veines faciales qui accompagnent l'artère transversale de la face.

La veine faciale, ainsi définie, naît, au niveau de l'angle interne de l'œil, de la veine angulaire.

Elle se termine dans la jugulaire interne, le plus souvent par un tronc qui lui est commun avec la linguale et la thyroïdienne supérieure ou tronc thyro-linguo-facial.

La veine faciale est toujours dans le sillon naso-génien en dehors et en arrière de l'artère.

Elle reçoit généralement très haut, presque à son origine, *la veine de l'aile du nez*.

Elle passe ensuite, comme l'artère, sous le muscle releveur superficiel.

On conçoit l'énorme importance de cette veine faciale qui doit son origine aux veines frontales, aux veines dorsales du nez, à la veine sus-orbitaire et à une anastomose avec l'ophtalmique (anostomose par conséquent qui fait communiquer à plein canal la faciale avec le sinus caverneux) et qui se termine dans la jugulaire interne.

La veine faciale se révèle donc comme un véritable collecteur capable, par l'intermédiaire même de ses branches et de ses anastomoses, de propager une infection localisée primitivement au sillon naso-génien.

LES LYMPHATIQUES

La question de l'existence d'un ganglion naso-génien a été fort discutée ; nous n'avons pas la prétention dans ce modeste travail de faire une historique complète du ganglion naso-génien ; nous rappelle-

rons cependant que les traités classiques d'anatomie humaine passent très rapidement sur cette question.

TILLAUD, dans son *Traité d'anatomie topographique* ne fait pas mention du ganglion naso-génien.

TESTUT, dans son *Traité d'anatomie humaine* le considère comme une exception.

POIRIER et CUNEO, dans le *Traité d'anatomie humaine* de POIRIER et CHARPY, n'attachent que peu d'importance à son existence.

ROUVIÈRE, lui consacre quelques lignes, mais conclut à son inconstance.

Enfin, si nous reprenons toute la série des travaux publiés sur cette question, nous verrons que MASCAGNI PAULO, dans son ouvrage remarquable : *Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et ichnographia*, que CLOQUET en 1832, dans son *Traité d'anatomie descriptive*, que VIGIER, dans sa Thèse, de 1892, sur *Les adénites de la joue*, que ALBERTIN dans les *Archives provinciales de chirurgie* en 1895, n'ont jamais signalé l'existence d'un ganglion naso-génien.

Il faut arriver à l'année 1899 pour en entendre parler.

C'est CAPETTE LAPLAINE dans sa Thèse, qui, reprenant les travaux de PRINCETEAU, écrit :

« le Dr PRINCETEAU a rencontré un petit ganglion en avant de « l'artère faciale, en regard de la partie moyenne du sillon naso-génien. »

En 1900, THEVENOT, écrit un article dans la *Gazette des hôpitaux* sur les adénites génienues et signale lui aussi l'existence du ganglion naso-génien.

En 1902, LEBEDINSKY, dans les *Archives de stomatologie*, considère le ganglion naso-génien comme une exception.

En 1905, NOGUÉ, dans les *Archives de stomatologie*, écrit un article sur les adénites génienues, mais passe sous silence les adénites naso-génienues.

En 1905 encore, MONTES puis LEDUC écrivent chacun une Thèse sur les adénites génienues ; ils reprennent la question du ganglion naso-génien sans donner leur avis.

Ce n'est qu'en 1914 que FOURNIER, dans sa Thèse, insiste vraiment sur le ganglion naso-génien.

En 1923, RATEAU publie dans la *Revue de Laryngologie*, une très intéressante observation d'adénite naso-génienne.

En 1927, RICHARD publie dans *Paris Médical* un article sur les

adénopathies péri-buccales et les dents, et signale l'existence du ganglion naso-génien.

La même année, SASSIER, dans *Le bulletin de la Société d'anatomie* prétend au contraire ne l'avoir jamais rencontré.

LEBEDINSKY, dans sa Thèse de 1928, n'est certes pas de cet avis puisqu'il écrit :

« Annexé au groupe ganglionnaire malaire, nous trouverons un ganglion qui nous intéressera plus que ses congénères du même groupe, ce sera un ganglion situé au niveau du pli naso-génien : le ganglion naso-génien. A ce ganglion correspondent les alvéoles des canines et incisives du maxillaire supérieur. Ces ganglions sont relativement inconstants dans leur nombre, leur forme, leur position, mais ils ne sont pas rares. Il est possible que l'observation de ces ganglions ne se fasse que lorsque ceux-ci sont dans un état pathologique. »

Enfin, en 1930, CARBONELL, dans sa Thèse signale l'existence du ganglion naso-génien.

Voici donc établie l'existence de ce ganglion, mais il convient de penser, avec M. le Professeur ROUVIÈRE, que ce ganglion est inconstant et ceci pour deux raisons :

1^o On le trouve rarement à la dissection :

2^o Pourquoi n'observerait-on pas, s'il existait toujours, des adénites beaucoup plus fréquentes ?

Après en avoir démontré l'existence, il nous reste à établir le territoire auquel correspond le ganglion naso-génien. Le Pr ROUVIÈRE a très bien délimité ses afférents. Il écrit, dans son *Anatomie des lymphatiques de l'homme* :

« Les ganglions naso-géniens interrompent les collecteurs satellites de la veine ou de l'artère faciale, venant de la partie interne des paupières, ainsi que des téguments de l'angle interne de l'œil, du nez et du sillon naso-génien. »

Mais il faut également penser comme le montre la remarquable observation de RATEAU que le ganglion naso-génien peut drainer la partie basse de la sous-cloison. De ceci il n'existe pas de preuve anatomique, mais l'observation de RATEAU en est une preuve clinique.

Enfin, il est impossible de ne pas admettre qu'il draine également la région gingivo-alvéolaire qui correspond aux canines et incisives latérales du maxillaire supérieur, comme l'a démontré par des exemples cliniques si remarquables LEBEDINSKY, dans sa Thèse de 1928.

LES NERFS

MOTEURS

Les muscles que nous avons décrits, releveur superficiel, releveur profond, transverse et dilatateur de l'aile du nez sont tous les quatre innervés par des *filets sous-orbitaires, de la branche temporo-faciale du facial* (VII^e paire).

« A leur partie terminale, ces filets sont au contact du plexus sous-orbitaire, formé par l'épanouissement du nerf maxillaire supérieur ».

SENSITIFS

Toute la région du sillon naso-génien est innervée par le *nerf sous-orbitaire*, branche terminale du nerf maxillaire supérieur, 2^e branche du trijumeau (V^e paire).

Le plus grand nombre des filets nerveux qui proviennent de l'épanouissement du nerf sous-orbitaire, passent au dessous du muscle releveur superficiel. Ces filets se réunissent par leur terminaison à ceux du facial dont nous avons parlé plus haut pour former un véritable plexus nerveux.

Certains de ces filets sont ascendants. Ils perforent le releveur profond pour innerver ensuite la paupière.

D'autres sont internes. Ils passent sous le releveur superficiel pour innerver la peau du nez.

D'autres enfin sont descendants pour la lèvre.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Il nous reste maintenant quelques mots à dire sur le développement embryologique du sillon naso-génien.

Au vingt et unième jour de la vie *in utero*, il existe un orifice buccal qui est circonscrit par cinq bourrelets ou bourgeons.

De chaque côté et en haut : les bourgeons maxillaires supérieurs.

De chaque côté, mais au-dessous des précédents : les bourgeons maxillaires inférieurs ou bourgeons mandibulaires.

Au-dessus de ces quatre bourgeons : le bourgeon frontal.

Le bourgeon frontal s'allonge verticalement et se subdivise bientôt transversalement en deux bourgeons nasaux externes et deux bourgeons nasaux internes.

Entre les deux bourgeons nasaux internes, on remarque un sillon : le sillon nasal. Chaque bourgeon nasal externe est séparé du bourgeon nasal interne qui lui correspond par la fossette olfactive. Les deux bourgeons nasaux internes se fusionnent bientôt pour former le bourgeon incisif qui formera le septum nasal, la partie moyenne de la lèvre supérieure et l'os inter-maxillaire.

Chaque bourgeon nasal externe formera une aile du nez. Les deux bourgeons mandibulaires se fusionnent vers la cinquième semaine pour donner la lèvre et la mâchoire inférieures.

A la neuvième semaine, les deux bourgeons maxillaires supérieurs viennent se fusionner avec le bourgeon incisif pour former la totalité de la lèvre supérieure.

A la cinquième semaine, on pourrait trouver une fissure qui sépare les bourgeons nasal externe et maxillaire supérieur et qui remonte jusqu'au globe oculaire. Mais, à la neuvième semaine, la fusion entre ces deux bourgeons est complète et ne laisse aucune trace de la fissure qui pendant les huit premières semaines de la vie *in utero* représentait ce qui sera plus tard le sillon naso-génien du nouveau-né.

AFFECTIONS SUSCEPTIBLES
DE
MODIFIER L'ASPECT DU SILLON NASO-GENIEN

Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile, avant d'aborder ce chapitre, de reproduire ici le tableau schématique du plan qui a présidé à l'élaboration de cette étude.

I. AFFECTIONS DE LA PEAU
ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

A. — INFLAMMATIONS BANALES.

1. FURONCLE ET ANTHRAX.
2. CELLULITES.

B. — TUBERCULOSES CUTANÉES ET SOUS-CUTANÉES.

1. LUPUS.
 - a) **Lupus tuberculeux vrai.**
 - b) **Lupus érythémateux.**
 - c) **Lupus pernio.**
2. GOMMES TUBERCULEUSES CUTANÉES ET SOUS-CUTANÉES.

C. — SYPHILIS CUTANÉES.

1. SYPHILIS PRIMAIRE.
2. SYPHILIS SECONDAIRE.
3. SYPHILIS TERTIAIRE.

D. — NÉOFORMATIONS TUMORALES.**1. FORMATIONS D'ASPECT KYSTIQUE.****a) Kystes vrais.**

DÉFINITION CLINIQUE

DÉFINITION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DIFFÉRENTES VARIÉTÉS PATHOGÉNIQUES

*1^o Kystes par retention dans les glandes ;**2^o Kystes d'origine congénitale ;**3^o Kystes par inclusion épidermique traumatique ;*

POSSIBILITÉ EMBRYOLOGIQUE.

POSSIBILITÉ CLINIQUE.

POSSIBILITÉ ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

VARIÉTÉS HISTOLOGIQUES.

*1^o Kyste dermoïde ;**2^o Kyste mucoïde ;***b) Pseudo-kystes.**

DÉFINITION CLINIQUE.

DÉFINITION ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

PATHOGÉNIE.

2. NAEVI.**a) Naevi pigmentaires.****b) Naevi verruqueux.****c) Naevi vasculaires.****3. NÉOFORMATIONS ÉPITHÉLIALES.****a) Tumeurs fibro-épithéliales.**

VERRUES ET PAPILLOMES.

ADÉNOMES.

*1^o Sébacés ;**2^o Sudoripares ou Hidradénomes ;*

b) Épithéliomas cutanés.**4. NÉOFORMATIONS CONJONCTIVES.****a) Fibromes.****b) Angiomes.****c) Lipomes.****d) Tubercules sous-cutanés douloureux.****e) Sarcomes primitifs de la peau.**

SARCOME FUSO-CELLULAIRE.

LYMPHOSARCOME CUTANÉ.

LYMPHADÉNOME CUTANÉ.

E. — AFFECTIONS DIVERSES.**1. BOUTON D'ORIENT.****2. CHARBON.****3. MORVE.****4. LEPRE.****5. MYCOSES.****a) Actinomycose.****b) Sporotrichose.****6. PIAN.****a) Période primaire.****b) Période secondaire.****7. RHINOPHYMA.****II. — AFFECTIONS DU GANGLION NASO-GÉNIEN****A. — INFLAMMATIONS AIGÜES.****B. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES.****1. BANALES.****2. TUBERCULEUSES.****3. SYPHILITIQUES.****4. NÉOPLASIQUES.**

C. — TUMEURS PRIMITIVES.

1. LYMPHADÉNOME.

a) Leucémique.

b) Aleucémique.

2. LYMPHOSARCOME.

3. SARCOME GANGLIONNAIRE.

III. — AFFECTIONS DES VAISSEAUX**A. — ARTÈRE FACIALE.**

1. ANÉVRYSMES ARTÉRIELS.

2. ANÉVRYSMES ARTÉRIOS-VEINEUX.

3. ANÉVRYSMES CIRSOÏDES.

B. — VEINE FACIALE.

1. PHLÉBITES.

2. VARICES.

C. — LYMPHATIQUES.

1. LYMPHANGITES.

2. LYMPHANGIECTASIES.

D. — CAPILLAIRES.**IV. — AFFECTIONS DU SQUELETTE SOUS-JACENT ET DES DENTS****A. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.**

1. OSTÉITES MICROBIENNES A AGENTS INFECTIEUX SPÉCIFIQUES.

a) Ostéophlegmons.

b) Ostéomyélites.

DE L'ADULTE.

DU NOURRISSON.

c) Ostéotuberculoses.

d) Ostéosyphilis.

e) Goundou.

2. OSTÉITES PARASITAIRES.

a) Kystes hydatiques.

b) Mycoses.

ACTINOMYCOSES.

SPOROTRICHOSSES.

3. OSTÉITES CHIMIQUES.

a) Ostéites mercurielles.

b) Ostéites phosphorées.

4. OSTÉITES PROVOQUÉES PAR LES AGENTS
PHYSIQUES.**B. — TUMEURS BÉNIGNES.**

1. TUMEURS A MYÉLOPLAXES.

2. CHONDROMES.

3. OSTÉOMES.

a) Ostéomes éburnés et compacts.

b) Ostéomes spongieux.

4. FIBROMES.

5. LIPOMES.

6. MYXOMES.

C. — TUMEURS MALIGNES.

1. TUMEURS OSSEUSES PRIMITIVES.

a) Variétés histologiques.

b) Variétés topographiques.

c) Variétés physio-pathologiques.

2. TUMEURS OSSEUSES SECONDAIRES.

a) Tumeurs propagées par métastase.

b) Tumeurs propagées par contiguïté.

D. — OSTÉOPATHIES FIBREUSES.

1. OSTÉITE FIBREUSE LOCALISÉE (Léontiasis ossea).

2. OSTÉITE FIBREUSE GÉNÉRALISÉE.

3. OSTÉITE DÉFORMANTE.

- a) Ostéite déformante localisée.
- b) Ostéite déformante généralisée.

E. — TUMEURS LIÉES A L'EXISTENCE DU SYSTÈME DENTAIRE.

1. TUMEURS INFLAMMATOIRES.

2. TUMEURS HYPERPLASIQUES.

- a) Kystes radiculo-dentaires.
 - b) Kystes corono-dentaires.
3. TUMEURS DYSEMBRYOPLASIQUES.
- a) Adamantinome odontoplastique.
 - b) Épithélioma adamantin.

4. TUMEURS DYSORGANOPLASIQUES.

- a) Odontome coronaire.
- b) Odontome radiculaire.
- c) Odontome corono-radiculaire.

V. — DACRYOCYSTITE

Comme nous l'avons montré dans notre avant-propos, le sillon naso-génien peut être le siège de déformations ou, plus exactement, de modifications dans son aspect qui reconnaissent des origines pathologiques diverses.

Quelles sont donc les affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon naso-génien ? Telle est la question que nous allons essayer de résoudre ici : nous ne ferons dans ce chapitre qu'une simple classification, réservant, pour le chapitre suivant, l'étude rapide du diagnostic différentiel.

Nous aurons à considérer successivement :

- Les affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané,
- Les affections du ganglion naso-génien,
- Les affections des vaisseaux,
- Les affections du squelette sous-jacent.

I. — AFFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Nous aurons à envisager à ce propos :

Les inflammations banales,

Les tuberculoses cutanées et sous-cutanées,

Les syphilis cutanées,

Les néoformations tumorales,

Les affections diverses.

Nous allons donc maintenant étudier successivement chacune de ces affections :

A. — INFLAMMATIONS BANALES

Elles sont représentées par le furoncle et l'anthrax, et la cellulite

1. LE FURONCLE ET L'ANTHRAX

Le furoncle est, comme on le sait, l'inflammation suivie de nécrose d'un appareil pilo-sébacé. Cette inflammation et cette nécrose sont dues à un agent pathogène bien défini : le *micrococcus pyogènes* de ROSENBACH ou staphylocoque doré. Ce sont les toxines de ce germe qui nécrosent les tissus. L'ensemble de la masse nécrotique prend le nom de *bourbillon*.

Quant à l'anthrax, il n'est que la reproduction en plusieurs exemplaires rapprochés du furoncle. Il est la nécrose de plusieurs appareils pilo-sébacés voisins. FOLLIN l'avait baptisé : « agglomération de furoncles » et TRÉLAT lui avait donné le nom, resté classique, de « furoncle guépier ».

Les furoncles et les anthrax du sillon naso-génien sont une rareté clinique. Ceci s'explique, du reste, par le fait que le sillon naso-génien est moins riche en appareils pilo-sébacés que les régions qui l'avoi-sinent, notamment : lèvre supérieure et aile du nez, encore que les furoncles et anthrax de l'aile du nez soient, eux aussi, relativement rares.

Nous avons personnellement rencontré un furoncle du sillon naso-génien au début de nos études. Nous n'en avons malheureusement pas conservé l'observation. Nous nous rappelons simplement qu'il s'agissait d'un furoncle typique, mais, qu'étant donné sa situation,

nos aînés avaient attiré notre attention sur les complications possibles dûes à son siège.

Quant aux auteurs qui ont traité des furoncles et anthrax de la face, nous n'avons pas le souvenir qu'il y en ait un seul qui ait publié une observation de furoncle ou d'anthrax du sillon naso-génien.

Nous avons vainement recherché un exemple de cette affection tant dans la littérature qu'au Musée des Moulages et au Musée des Photographies de l'Hôpital Saint-Louis.

Beaucoup plus fréquents sont les furoncles nés primitivement dans une région voisine et qui, du fait de leur développement, envahissent secondairement le sillon naso-génien.

C'est ce que SCHECHTER a bien mis en valeur dans sa Thèse sur *Le Traitement du furoncle de la lèvre supérieure*.

« Le furoncle, écrit-il, débute par une petite saillie rouge, acuminée, centrée par un poil, prurigineuse. Rapidement la tuméfaction s'accroît, la base est dure, rouge ; le sommet présente une petite fissure. La tension est douloureuse : l'induration est souvent considérable. Elle remonte parfois sur l'aile du nez et la joue. »

En 1927, le docteur CADENAT publie dans l'*Hôpital* un article sur le furoncle de la lèvre supérieure où il écrit : « une tuméfaction, si légère soit-elle, dans le sillon naso-génien, constitue un signe d'alarme qu'il ne faut jamais négliger. »

Plus récemment encore, à la séance de la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris du 20 mai 1935, Yves LEMAÎTRE ne présentait-il pas l'observation suivante :

« Un homme de 50 ans est entré dans le service le 2 mai 1935 et présentait un furoncle de l'aile du nez du côté droit... »

Du point de vue local, toute l'aile du nez était le siège d'une induration violacée qui diffusait en haut vers l'angle interne de l'œil droit et qui, en bas, distendait le pli naso-génien. »

2. LA CELLULITE

Mlle OUMIKOV, dans sa Thèse sur *La cellulite en O. R. L.*, a défini la cellulite de la façon suivante :

« La cellulite est une affection spéciale du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel caractérisée par une infiltration plus ou moins diffuse ou nodulaire du tissu cellulaire sous-cutané, associée ou non à une infiltration du tissu cellulaire interstitiel, s'accompagnant

de douleurs parfois fort vives et de réflexes neuro-végétatifs à distance. »

Nous n'avons trouvé ni dans la thèse de M^{lle} OUMIKOV ni dans celle de MALEPLATE sur *Les cellulites aiguës et chroniques*, d'observation de cellulite naso-génienne.

Mais, personnellement, nous rapporterons le cas d'une malade atteinte, vraisemblablement, de cellulite naso-génienne.

Cet exemple montre que la cellulite peut frapper le tissu cellulaire lâche qui siège entre le releveur superficiel et le releveur profond, donnant ainsi une tuméfaction du sillon naso-génien.

OBSERVATION I

(Personnelle).

Cellulite naso-génienne.

M^{me} A..., 65 ans, amie de famille, se présente un jour à nous, se disant atteinte de sinusite et nous demandant de bien vouloir l'examiner.

Avant tout nous sommes frappé par la présence d'une tuméfaction qui siège en plein sillon naso-génien gauche.

La malade se plaint de violentes céphalées frontales et occipitales.

La rhinoscopie antérieure est négative ainsi que la diaphanoscopie.

Par contre, l'examen de la cavité buccale nous montre que la malade est porteur d'un dentier qui, primitivement, prenait appui, par des crochets, sur la canine et la prémolaire supérieures gauches. Mais à l'heure actuelle, ces deux dents ne servent plus de soutien à l'appareil, car la canine est abrasée au niveau du collet et la prémolaire n'est guère en meilleur état.

Nous reportons alors notre attention sur la tuméfaction du sillon naso-génien. Il s'agit d'une petite tuméfaction, sans coloration spéciale de la peau. La palpation donne une impression d'œdème. On ne sent absolument pas de masse dure ou arrondie qui puisse faire songer à une adénopathie. Pas de fluctuation non plus qui puisse orienter le diagnostic vers une collection suppurée.

Nous adressons la malade à un chirurgien-dentiste qui pratique l'avulsion des deux dents malades. Au bout de six jours les céphalées ont disparu. Quant à la tuméfaction naso-génienne, il n'en est plus question.

Le chirurgien-dentiste nous avait renvoyé la malade avec le diagnostic de cellulite d'origine alvéolo-dentaire, cellulite siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané qui sépare le muscle releveur profond de la lèvre supérieure du muscle releveur superficiel.

B. — TUBERCULOSES CUTANÉES ET SOUS-CUTANÉES

Elles sont représentées par le lupus et les gommes tuberculeuses cutanées et sous-cutanées.

1. LE LUPUS

Tous les Traités classiques qui se sont occupés de la question des tuberculoses cutanées sont d'accord au sujet des lupus pour en reconnaître plusieurs variétés dont les plus fréquentes sont :

Le Lupus tuberculeux vrai,

Le Lupus érythémateux,

Le Lupus pernio.

a) Le Lupus tuberculeux vrai

Il reconnaît indubitablement une origine tuberculeuse qui a été démontrée cliniquement, histologiquement et bactériologiquement. Aussi nous n'insisterons pas plus longuement sur sa pathogénie.



Fig. 6. — Lupus tuberculeux vrai.
(Collection Brocq-Hôpital Saint-Louis).

C'est une affection qui est la plus fréquente de toutes les tuberculoses cutanées et qui frappe électivement la face.

Primitivement, il est formé par un ensemble de « petits nodules

arrondis, jaunâtres, translucides, siégeant dans le derme, entourés d'une zone de peau de couleur rouge. »

Ces nodules ne sont autres que des tubercules intradermiques ou nodules lupiques. Ces nodules peuvent s'ulcérer et « former, par leur confluence, une ulcération à bords irréguliers, recouverte de croûtes. »

Selon l'évolution, il peut donc s'agir de lupus tuberculeux non ulcéré ou de lupus tuberculeux ulcéré.

Parfois même, c'est à un stade beaucoup plus avancé qu'on voit ces lupus, alors qu'on leur donne le nom de « lupus vorax » et qu'ils ont occasionné des destructions considérables de la face ; le nez, les lèvres, la partie inférieure du sillon naso-génien pouvant, à ce stade, être littéralement rongés.

b) Le lupus érythémateux

Nous avons rangé cette affection dans le chapitre des tuberculoses cutanées uniquement par souci de classification. Mais nous ne vou-



Fig. 7. — Lupus érythémateux.

(Collection Brocq-Hôpital Saint-Louis).

lons pas, pour cela, prendre parti dans la discussion qui s'est élevée entre les différentes écoles dermatologiques qui n'admettent pas toutes, notamment certaines écoles étrangères, la nature tubercu-

leuse du lupus érythémateux. Nous rappellerons cependant que M. le Professeur GOUGEROT considère comme indiscutable l'origine tuberculeuse de ce lupus et qu'il a été le premier, en 1908, à obtenir l'inoculation au cobaye. Les travaux des Allemands : EHRMANN et REINER et ceux des Suisses : Bruno BLOCH et FUCHS, sont postérieurs à ceux de M. le Professeur GOUGEROT qu'ils ont, du reste, confirmé.

Fréquemment le lupus érythémateux prend le nom de lupus acnéique, car les glandes sébacées peuvent prendre part à la lésion.

De nombreux synonymes lui sont du reste connus : on lui donne indifféremment les noms de : scrofulide érythémato-squameuse et acnéique, herpès crétacé, séborrhée congestive, érythème centrifuge.

c) Le lupus pernio

Cette forme de lupus est beaucoup plus rare au niveau du sillon naso-génien que les deux précédentes. Mais on en trouve quelques exemples. C'est le « lupus engelure ». Il apparaît surtout l'hiver et attaque les régions du corps qui sont exposées au froid.

Ces différents lupus : tuberculeux vrai, érythémateux et pernio sont des affections cutanées qui modifient considérablement l'aspect du sillon naso-génien.

Au cours de nos visites au Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis, nous en avons trouvé de fréquentes reproductions. Les vitrines 30, 31, 32, 33, 34 et 35 en contiennent de remarquables spécimens qu'il nous serait impossible de reproduire tous ici.

Mais nous rapportons quelques observations et quelques photographies de lupus du sillon naso-génien.

OBSERVATION II

(In thèse de Dresch. Toulouse 1909. De l'origine endo-nasale des lupus).
Lupus naso-génien.

F..., 28 ans, obstruction des deux fosses nasales depuis plusieurs mois.

Examen : deux grosses masses framboisées, assez fermes, sont implantées sur la cloison, le plancher et la tête du cornet inférieur. Sur l'aile du nez et dans le sillon naso-génien, on trouve une plaque rouge, recouverte de croûtelles et, au-dessous des croûtes, quelques petites ulcérations. A la loupe, on distingue quelques tubercules.

OBSERVATION III

(In thèse de Dresch. Toulouse 1909. De l'origine endonasale des lupus).

Lupus naso-génien.

Maria L..., 29 ans, 29 janvier 1909, lupus du nez et de la pituitaire.

En avril 1908, Maria L..., constate sur sa narine gauche l'apparition de deux petits boutons qui n'augmentent guère jusqu'en décembre, époque à laquelle elle se présente à M. AUDRY. La malade a remarqué qu'elle est gênée pour respirer par le nez.

Autour des deux petits boutons s'est développé un placard lupique qui occupe toute la narine gauche et débordé sur le sillon naso-génien.

OBSERVATION IV

(In thèse de Dresch. Toulouse 1909. De l'origine endonasale des lupus).

Lupus naso-génien.

Anna M..., 25 ans, 10 mai 1909, lupus du nez, de la lèvre supérieure et des fosses nasales.

Le début du lupus cutané remonte à janvier 1909...

Trois mois avant l'apparition des nodules cutanés, Anna M... s'est aperçue que son nez devenu douloureux à la pression devenait aussi plus gros et très rouge. Le lobule du nez et les narines sont transformés en une sorte de champignon très rouge et très mou. Sur la partie antérieure du lobule et sur le côté de l'aile gauche siègent deux ulcérations superficielles.

Le sillon naso-génien droit est occupé par une traînée de points lupiques aboutissant à un placard situé à deux centimètres de la commissure labiale.

2. LES GOMMES TUBERCULEUSES CUTANÉES ET SOUS-CUTANÉES

Les gommes tuberculeuses sont « de véritables tuberculomes d'abord solides qui se caséifient, se ramollissent secondairement et forment enfin un véritable abcès froid. »

Cette affection frappe exceptionnellement le sillon naso-génien.

Nous n'en avons pas trouvé d'exemple clinique, sauf au Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis et encore s'agissait-il de la coexistence de lésions lupiques et de lésions gommeuses.

Aussi nous n'insisterons pas d'avantage sur cette affection du sillon naso-génien.

C. — SYPHILIS CUTANÉES

Pour le sujet qui nous intéresse, l'état infectieux syphilitique, dû à un agent pathogène aujourd'hui bien connu : le *spirochaeta* ou *treponema pallida* de Schaudinn, frappe la peau en donnant, comme

partout ailleurs, des syphilis primaires, des syphilis secondaires et des syphilis tertiaires que nous allons successivement passer en revue.

1. LA SYPHILIS PRIMAIRE

Nous pensons pouvoir affirmer que la période primaire de la syphilis, caractérisée par le *chancre syphilitique*, est une véritable rareté clinique au niveau du sillon naso-génien.

Beaucoup plus fréquentes sont les localisations à la lèvre, à l'œil

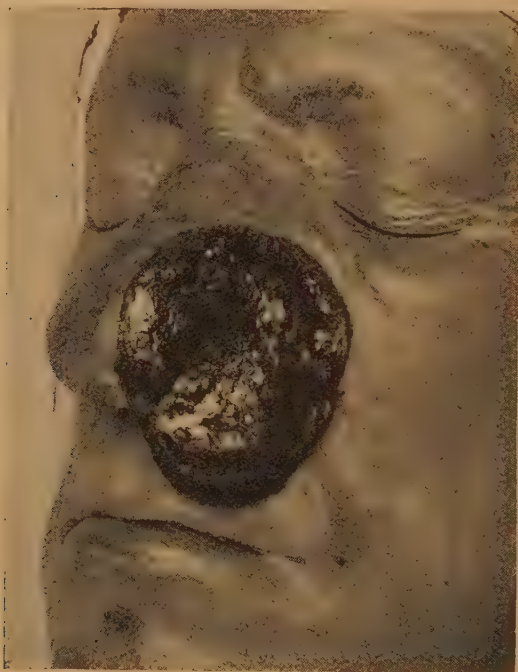


Fig. 8. — Chancre syphilitique.

(Collection Péan-Hôpital Saint-Louis).

ou au menton. Néanmoins, nous avons trouvé deux exemples remarquables d'un chancre induré du sillon naso-génien : l'un au Musée des Photographies de l'Hôpital Saint-Louis, l'autre au Musée des Moulages du même Hôpital. C'est ce dernier que nous reproduisons ici et qui illustre cette étude mieux que n'importe quelle observation.

2. LA SYPHILIS SECONDAIRE

Il sortirait du domaine de ce modeste travail d'étudier les variétés extrêmement nombreuses des lésions cutané-muqueuses de la période secondaire de la syphilis, lésions ayant reçu le nom de *syphilides*. Qu'il nous suffise de rappeler succinctement que les syphilides peuvent être soit maculeuses, soit papuleuses, soit ulcéreuses.

Il ne peut exister, à proprement parler, une syphilide du sillon naso-génien. Car une syphilide est une partie d'un tout et nous nous



Fig. 9. — Syphilides de la Face.
(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis).



Fig. 10. — Mêmes lésions.

expliquons : le plus souvent, la syphilis, à la période secondaire, est caractérisée par une véritable éruption de syphilides. Un élément de cette éruption peut évidemment frapper le sillon naso-génien : mais on trouvera sur le corps d'autres éléments.

La photographie que nous reproduisons illustre ce fait. Il s'agit de la reproduction d'une cire du Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis sur laquelle coexistent des syphilides et du sillon naso-génien et de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure.

3. LA SYPHILIS TERTIAIRE

De même qu'elle peut frapper la peau du cou, du tronc, de la verge et du scrotum, de la vulve et de l'épaule, de même la période tertiaire de la syphilis, caractérisée par des lésions destructives, nécrosantes, mutilantes, appelés *gommes*, peut atteindre les téguments de la face en général et du sillon naso-génien en particulier.

Pour cette période, on remarquera que c'est l'inverse des phéno-



Fig. 11. — Gomme syphilitique.
(Collection Péan-Hôpital Saint-Louis).

mènes observés pour la période secondaire. La gomme du sillon naso-génien peut très bien être une gomme isolée.

Nous en trouverons un exemple typique dans notre figure XI.

En résumé, à tous ses stades, la syphilis peut être à l'origine d'une lésion qui modifie l'aspect du sillon naso-génien.

D. — NÉOFORMATIONS TUMORALES

Nous aurons à considérer, dans ce chapitre, de nombreuses affections particulièrement intéressantes. Car nous avons pris le terme de néoformation au sens primitif et exact du mot : formation de nouveau tissu.

Aussi aurons-nous à étudier successivement :

Les néoformations d'aspect kystique,

Les naevi,

Les néoformations épithéliales,

Les néoformations conjonctives,

1. LES NÉOFORMATIONS D'ASPECT KYSTIQUE

Si étrange que cette distinction puisse paraître, nous diviserons l'étude des néoformations d'aspect kystique en deux parties :

l'étude des kystes vrais,

l'étude des pseudo-kystes.

Et nous soulèverons, à propos de ces derniers, un énorme point d'interrogation que nous n'aurons pas la prétention de résoudre, mais qui nous permettra de pressentir un chapitre entièrement nouveau de la pathologie maxillo-faciale.

a) Les kystes vrais

En 1886, LANNELONGUE et ACHARD, dans leur *Traité des kystes congénitaux*, ne donnent aucun exemple de localisation kystique au niveau du sillon naso-génien.

Ce n'est qu'en 1907, au XI^e Congrès de la *Société Italienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, qui eut lieu à Rome, que le docteur CITELLI, de Catane, rapporte un cas de kyste dermoïde de la face latérale du nez à marche très rapide. Il pense à la rareté de ces kystes et met sa rapidité d'évolution sur le fait qu'histologiquement ce kyste était en pleine transformation épithéliomateuse.

Depuis, les kystes du sillon naso-génien, sous le nom de kystes du vestibule nasal ou de kyste du seuil narinaire, ont fait l'objet de nombreuses communications et d'une très belle étude de M. le Professeur JACQUES de Nancy sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir un peu plus loin.

Nous envisagerons successivement la définition clinique, puis la définition anatomo-pathologique du mot kyste ; nous en montrerons ensuite les différentes variétés pathogéniques ; nous essaierons de démontrer la possibilité de leur existence au niveau du sillon naso-génien, tant au point de vue embryologique qu'au point de vue cli-

nique et qu'au point de vue anatomo-pathologique ; enfin, nous étudierons séparément les variétés histologiques.

DÉFINITION CLINIQUE

Tout d'abord, il convient de s'entendre sur le sens exact du mot kyste. En effet, selon l'expression de LECÈNE, il n'y a pas de mot dans toute la terminologie anatomo-pathologique qui ait servi à désigner plus de choses différentes que le mot kyste.

Du point de vue clinique, un kyste est « une tumeur encapsulée à contenu liquide ou pateux. »

DÉFINITION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Du point de vue anatomo-pathologique, la définition du kyste a été fort bien délimitée par LECÈNE également qui écrit : « La dénomination de kyste doit être réservée aux tumeurs uni- ou multiloculaires, limitées par une paroi conjonctive (pouvant accessoirement contenir des fibres musculaires lisses) tapissée intérieurement par un revêtement formé d'épithélium ou d'endothélium suivant les cas. »

DIFFÉRENTES VARIÉTÉS PATHOGÉNIQUES

C'est encore à LECÈNE que nous emprunterons la classification pathogénique des kystes et comme lui nous en noterons trois variétés :

1^o *Les kystes par rétention dans les glandes.* — Ils n'ont aucun intérêt ici, car on les observe au niveau du col utérin, du rein, de l'épididyme, des glandes salivaires, du pancréas. (?)

2^o *Les kystes d'origine congénitale.* — Ce sont eux qui retiendront notre attention.

Ils résultent du développement anormal d'un enclavement ectodermique : « véritable pincement de l'ectoderme embryonnaire. »

3^o *Les kystes par inclusion épidermique traumatique.* — Ils sont encore appelés kystes épidermoïdes d'origine traumatique.

Nous ne voulons pas apporter dans ce travail la démonstration expérimentale de la pathogénie des kystes. Aussi les kystes par inclusion épidermique traumatique qui en sont la plus pure démonstration et la preuve la plus indiscutable ne nous intéressent-ils qu'accessoirement. Mais certainement, si nous avons compulsé toute la bi-

bliographie de la pathologie maxillo-faciale de guerre, il nous eût été facile d'en trouver de très beaux exemples. Nous ne l'avons pas fait, car nous avons pensé que cette étude, si vaste, dépasserait le cadre de ce modeste travail. Nous n'insisterons donc pas plus longuement sur cette variété de kystes.

POSSIBILITÉ EMBRYOLOGIQUE

Les kystes congénitaux peuvent-ils exister au niveau du sillon naso-génien, du point de vue embryologique ? Telle est la question que nous voudrions essayer de résoudre maintenant.

Nous avons vu, dans notre rappel embryologique, qu'il existait à la cinquième semaine de la vie « in utero » une fissure qui séparait le bourgeon maxillaire supérieur du bourgeon nasal externe et que cette fissure représentait le futur sillon naso-génien et une fissure qui séparait le bourgeon maxillaire supérieur du bourgeon nasal interne.

Nous avons également montré qu'à la neuvième semaine de la vie « in utero » il ne subsistait normalement aucune trace de ces fissures maxillo-nasales.

Or, on conçoit facilement que si, lors de la coalescence du bourgeon maxillaire supérieur et du bourgeon nasal externe ou du bourgeon maxillaire supérieur et du bourgeon nasal interne, il se produit un enclavement de l'ectoderme embryonnaire, il puisse se développer ultérieurement un kyste aux dépens de cet enclavement ectodermique.

Voici donc démontrée embryologiquement la possibilité de l'existence d'un kyste au niveau du sillon naso-génien. Passons maintenant à la possibilité clinique.

POSSIBILITÉ CLINIQUE

Nous reproduirons des observations de kystes du sillon naso-génien. Ces observations nous montreront suffisamment qu'il existe des cas où l'on se trouve bien en présence d'une tumeur encapsulée à contenu liquide ou pâteux ; cliniquement parlant, c'est donc dire qu'il existe des cas où l'on est en présence d'un kyste du sillon naso-génien.

POSSIBILITÉ ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les observations dont nous venons de parler comportent de la part de leurs auteurs un examen histologique montrant qu'il s'agit d'une tumeur limitée par une paroi conjonctive, tapissée intérieurement par un revêtement soit endothélial soit épithélial : histologiquement parlant, d'un kyste du sillon naso-génien.

VARIÉTÉS HISTOLOGIQUES

Les kystes du sillon naso-génien ou kystes du vestibule nasal ou kystes du seuil narinaire présentent à étudier deux grandes variétés :
le kyste dermoïde,
le kyste mucoïde.

1^o *Le kyste dermoïde.* — Le kyste dermoïde du seuil narinaire est une véritable rareté. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la très belle étude qu'en a fait PIQUET qui écrit :

« Au point de vue anatomique, il s'agit d'un kyste situé dans la
« partie antérieure du maxillaire supérieur. Ce kyste semble avoir pris
« son origine entre l'incisive latérale et la canine pour remonter vers
« le haut en éventail et s'étendre à la hauteur du plancher des fosses
« nasales, de la ligne médiane à la première grosse molaire... Sans
« aucun doute possible nous avons affaire à un kyste dermoïde qui a
« pris naissance et s'est développé dans le maxillaire supérieur. Il ne
« présente aucun des caractères du kyste mucoïde du seuil de la narine.
« Cette dernière tumeur n'est pas très rare et nous en avons déjà
« observé et opéré trois cas. Tous ces kystes mucoïdes se sont traduits
« par les signes si bien décrits par le Professeur JACQUES. Ils siégeaient
« sous l'aile narinaire, dans le sillon naso-génien et étaient visibles
« dans la fosse nasale, sous le cornet inférieur. Mais, fait essentiel, ils
« étaient situés au-devant du maxillaire supérieur, dans lequel ils ne
« pénétraient pas, tandis que notre kyste dermoïde était situé en plein
« tissu osseux. Par sa situation, il présentait de grandes analogies
« avec certains kystes para-dentaires développés au-dessus des pré-
« molaires qui peuvent occuper à peu près la même place dans le
« maxillaire supérieur. Mais ces kystes paradentaire sont un contenu
« liquide, une paroi peu adhérente à l'os dans laquelle on ne trouve
« pas d'annexes cutanées à l'examen histologique. Au contraire, le

« kyste que nous décrivons était rempli d'un magma caséeux, sa paroi était tellement adhérente à l'os que nous n'avons pas eu pufaire l'ablation totale, et enfin cette paroi contenait des éléments pilosébacés. Elle présentait donc les caractères anatomiques du kyste dermoïde. »

« Ces kystes sont d'une extrême rareté. Nous n'avons pu trouver que deux cas certains dans la littérature médicale : celui de VERNEUIL, concernant un kyste dermoïde de la joue, situé dans la commissure inter-maxillaire et accolé à la face externe du maxillaire supérieur, et celui de M. BALDENWECK, exactement superposable au nôtre. Aucun fait semblable n'est rapporté dans le *Traité d'O. R. L.* de DENKËR et KAHLER, ni dans le *Traité des Malformations* de SCHWALBE. Bien plus, on lit dans ce dernier ouvrage, dont l'auteur ignorait l'observation de VERNEUIL : « Il est à remarquer que l'on n'a jamais vu de kyste dermoïde dans la région de la fente latérale de la lèvre supérieure. »

« Il semble bien qu'il s'agisse d'une tumeur développée au niveau d'une fissure de la face, d'un enclavome. On sait que celles-ci s'observent assez fréquemment au niveau de la queue du sourcil et dans le plancher buccal. Beaucoup plus rarement, on les rencontre au dessus de l'angle interne de l'œil, sur le dos et la pointe du nez (LANNELONGUE, BRAMANN) et dans la joue, juste en dehors de la pyramide nasale (BRAMANN, CITELLI, UTHY). Enfin on connaît quelques très rares cas de polypes dermoïdes insérés sur la voûte palatine (CLÉRAULT, MANCHÉ, ILLARA).

« Dans notre cas, la tumeur s'est formée aux dépens et sur le trajet de la fissure comprise entre les bourgeons maxillaire supérieur et nasal interne et, en tous cas, entre le maxillaire supérieur et l'inter-maxillaire... »

Nous reproduirons ci-dessous l'observation du malade de PIQUET.

OBSERVATION V

(In *Annales d'Oto-Laryngologie*, 1936, n° 4, p. 381. Piquet. Kystes dermoïdes du maxillaire supérieur).

Kyste dermoïde du sillon naso-génien.

D... Jean, âgé de 19 ans, se présente à notre consultation pour un écoulement purulent du vestibule buccal gauche.

Le début de l'affection remonte, au moins en apparence, à 8 ou 10 mois. Il s'est caractérisé par l'apparition de douleurs siégeant dans toutes les dents du maxillaire supérieur gauche et s'irradiant dans l'hémicrâne et l'oreille corres-

pondante. Ces douleurs persistaient durant 24 ou 48 heures et disparaissaient spontanément. Avec le temps, elles durent de plus en plus longtemps et, depuis environ 4 mois, chaque crise douloureuse se termine au bout de quelques jours par un écoulement purulent dans le vestibule buccal. En l'espace de deux mois, il y a eu trois ou quatre de ces abcès successifs. Mais depuis deux mois la douleur devient continue, elle s'accompagne d'exacerbations pénibles. L'écoulement purulent est à peu près ininterrompu ; s'il se produit un arrêt de l'écoulement, la douleur s'exagère aussitôt. Ces crises douloureuses provoquent des troubles de la santé générale : inappétence, malaises, etc, et le malade est parfois resté couché durant des journées entières.

Enfin il nous dit qu'il mouche de temps à autre des mucosités jaunâtres.

Examen le 1^{er} juin 1934 :

On note tout d'abord l'existence d'une déformation de la moitié gauche de la face : la joue et la lèvre sont un peu tuméfiées de ce côté et le pli naso-génien est moins profond qu'à droite. Dans le vestibule buccal on voit au-dessus de l'incisive latérale gauche deux petites fistules par lesquelles il s'écoule un peu de pus. Une autre fistule, assez large, siège au-dessus de la première grosse molaire, dont les racines sont à nu. La voûte palatine est déformée : la moitié gauche du palais est fortement abaissée sur presque toute l'étendue du palais osseux. A l'examen rhinoscopique, on voit que le plancher de la fosse nasale gauche est surélevé, mais cette tuméfaction ne s'étend pas à la paroi externe de la fosse nasale et le cornet inférieur est absolument normal. Le maxillaire supérieur est un peu douloureux à la pression. A la diaphanoscopie il s'éclaire normalement.

Examen histologique : la paroi conjonctive épaisse est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien accompagné d'éléments pilo-sébacés.

2^o *Le kyste mucoïde.* — Le kyste mucoïde est beaucoup plus fréquent au niveau du sillon naso-génien que le précédent.

En 1929, ARNOLDI en relatait trois cas ; en 1935, HLAVACEK en relatait dix autres cas.

De plus, son étude a été très bien faite par M. le Professeur JACQUES de Nancy, qui dit :

« L'affection dont je veux vous entretenir, beaucoup d'entre nous
« l'ont rencontrée et ont eu à la traiter et pourtant c'est en vain
« qu'on en chercherait mention dans nos Traités de pathologie
« chirurgicale générale ou spéciale. Ce n'est pas que manquent les
« éléments d'une description clinique : plusieurs observations pré-
« cises et concordantes en ont été publiées tant en France qu'à
« l'étranger au cours de ces dernières années. Mais il semble qu'elles
« n'aient retenu l'attention d'aucun de nos auteurs de Traités didac-
« tiques. »

« Symptomatologie : un sujet de moins de trente ans, une femme le
« plus souvent, s'alarme d'une grosseur récemment apparue aux con-

« fins de la narine et de la joue, gênant la respiration et troublant
 « quelque peu la symétrie de la face. Pas de douleur, mais une tension
 « un peu pénible... L'inspection du visage révèle en effet un certain
 « degré d'asymétrie, causée par une voussure arrondie soulevant
 « l'attache externe de l'aile du nez qu'elle écarte en dehors et atté-
 « nuant le sillon géno-alaire. Et quand la lésion est bilatérale, la
 « dissymétrie disparaît pour faire place à un faciès particulier, carac-
 « térisé par l'étalement de la base de la pyramide nasale et l'efface-
 « ment des sillons qui la limitent : faciès rappelant celui des races
 « mongoliques occidentales et qu'on a qualifié de : « visage de kal-
 « mouk ».

BALDENWECK, de son côté, écrit à ce sujet :

« Il s'agit de tumeurs assez rares, bénignes, uées dans la fosse
 « nasale au niveau de son plancher, dans la région de la tête du
 « cornet inférieur. Elles se développent en bas, en avant et en dehors,
 « en tassant le pourtour de l'orifice pyriforme puis l'apophyse mon-
 « tante du maxillaire supérieur. »

« Ce sont des tumeurs congénitales. Diverses hypothèses sont été
 « émises sur leur point de départ. La plus vraisemblable est celle qui
 « fait provenir le kyste de la reviviscence d'un îlot épidermique
 « enclavé dans le mésoderme au moment de la coalescence des
 « deux bords de la fente naso-orbitaire. »

« D'ailleurs l'épithélium qui borde la cavité kystique est du type
 « mucoïde, cylindrique ou prismatique simple, le contenu est albu-
 « minoïde. »

Nous reproduirons ci-dessous la très belle observation d'un malade
 que HALPHEN et ZHA présentèrent à la *Société de Laryngologie des*
Hôpitaux de Paris en 1934.

OBSERVATION VI

(In *Annales d'Oto-Laryngologie*, 1934, p. 1004. HALPHEN et ZHA. Kyste du
 vestibule nasal. Communication faite à la Société de Laryngologie des Hôpitaux
 de Paris, séance du 18 juin 1934).

Kyste mucoïde du sillon naso-génien.

Notre malade, âgée de trente ans, consulte pour une petite tuméfaction du
 seuil narinaire droit, peu douloureuse, mais siège d'une certaine tension. La
 malade en fait remonter le début à trois ou quatre ans sans pouvoir préciser.

Depuis quatre mois, la tumeur est devenue plus apparente, au point de tumé-
 fier légèrement la joue et la lèvre supérieure, au voisinage de l'aile du nez. La
 malade pensant qu'il s'agissait d'un petit bouton, dit-elle, réduisit à plusieurs
 reprises le volume du kyste en le pressant et en exprimant quelques gouttes
 liquide.

A l'examen on voit une petite masse allongée selon le grand axe du cornet inférieur, développée surtout au-dessous de la tête de ce cornet, comblant le méat inférieur.

Indépendante de la cloison, elle est séparée du cornet par un sillon net.

Les téguments qui la recouvrent sont normaux : cutanés en avant, muqueux en arrière.

La consistance du kyste est molle, élastique.

Une goutte de liquide muqueux, légèrement trouble, sort par un orifice punctiforme quand on comprime la masse au stylet.

L'examen des dents voisines, incisive latérale en particulier, les montre absolument normales. A signaler cependant que l'incisive est en malposition : en rotation méso-vestibulaire, point peut-être à signaler en raison des discussions pathogéniques qu'ont soulevé ces kystes.

La radiographie montre un squelette et des dents normaux.

On retire par ponction un liquide franchement muqueux, louche, filant, sans cristaux de cholestérine.

On pousse dans l'aiguille un centimètre cube et demi de lipiodol et l'on peut ainsi préciser sur cliché le siège exact de l'étendue du kyste. Il est nettement indépendant des dents et du maxillaire supérieur.

b) Les pseudo-kystes

Les pseudo-kystes reçoivent, le plus souvent, le nom de kystes séreux, d'hygromas chroniques, de bursites chroniques et c'est donc judicieusement que ces pseudo-kystes sont étudiés par LECÈNE, d'une part, par M. le Professeur MAUCLAIRE, d'autre part, au chapitre de la pathologie des bourses séreuses.

On est donc en droit de se demander ce que leur étude peut venir faire dans ce travail. Nous aurons l'occasion un peu plus loin d'en montrer les raisons.

Pour le moment qu'il nous suffise d'étudier successivement la définition clinique, la définition anatomo-pathologique et la pathogénie de ces pseudo-kystes.

DÉFINITION CLINIQUE

Elle nous est fournie par M. le Professeur MAUCLAIRE qui, dans son *Traité de chirurgie générale des Muscles, des Tendons, des Bourses séreuses et de la Peau*, écrit :

« Une tumeur lisse, plus ou moins sphérique, fluctuante, existant
« aux lieu et place d'une bourse séreuse superficielle est suffi-
« samment caractéristique pour permettre le diagnostic d'hy-
« groma ».

DÉFINITION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Histologiquement, un pseudo-kyste est une bourse séreuse qui présente les caractères de l'inflammation chronique et dont le contenu est un « liquide séreux et citrin ou plus épais, se rapprochant comme consistance de la synovie. »

M. le Professeur MAUCLAIRE écrit encore à ce sujet :

« Par hygroma ou bursite, on entend l'inflammation et l'infection « des bourses séreuses... La forme typique de l'hygroma chronique « est l'hygroma séreux. »

PATHOGÉNIE

Ce qui constitue l'originalité classique de ces pseudo-kystes, c'est leur pathogénie.

« La grande cause est le trauma sous quelque forme que ce soit, mais surtout le microtrauma répété. »

Donc, causée par les petits traumatismes répétés, c'est le plus souvent une maladie professionnelle : les frotteurs, les religieux, les domestiques, les maçons, les lavandières présentent fréquemment des pseudo-kystes pré-rotuliens ; les mineurs, des pseudo-kystes rétro-olécraniens.

Il nous reste maintenant à élucider la question suivante : pourquoi étudier les pseudo-kystes à propos du sillon naso-génien ?

C'est que, si étrange que cela puisse paraître, nous pensons en avoir observé un cas au niveau de ce sillon.

La chose est-elle possible ?

Au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique, elle est indiscutable comme nous le verrons par l'observation qui suit.

Au point de vue anatomique et topographique, il en est autrement ; mais nous pensons que la présence d'une bourse séreuse au niveau du sillon naso-génien ne doit pas paraître tellement extraordinaire.

En effet, M. le Professeur MAUCLAIRE écrit encore :

« L'hygroma ne se développe pas seulement dans les bourses « séreuses normalement existantes chez tous. Il peut apparaître « dans des bourses séreuses anormales, développées elles-mêmes « sous l'influence de causes professionnelles. »

Nous pensons du reste avec LECÈNE que l'influence des causes

professionnelles n'est pas la seule à mettre en cause, car il existe des bourses séreuses accidentelles, atypiques ou anormales et, partant, des pseudo-kystes de ces mêmes bourses séreuses chez les amputés porteurs d'appareils prothétiques.

Voici donc une affection : le pseudo-kyste, qui frappe normalement des bourses séreuses connues anatomiquement. Mais, sous des influences diverses, on peut rencontrer ces bourses séreuses aux endroits les plus divers.

Dès lors, pourquoi nier *a priori* qu'il ne peut en exister une dans le sillon naso-génien ? D'autant qu'on en connaît qui ont un siège tout aussi bizarre : FLEISCHMANN n'a-t-il pas décrit une bourse séreuse dont l'hygroma, d'après M. le Professeur MAUCLAIRE, ne serait qu'une variété de grenouillette ?

Nous n'avons pas la prétention de résoudre le problème que nous venons de poser. Nous nous contenterons simplement de reproduire ici l'observation et le compte rendu anatomo-pathologique de la malade que nous pensons atteinte d'un pseudo-kyste du sillon naso-génien.

OBSERVATION VII

(Personnelle).

Pseudo-kyste du sillon naso-génien (?)

M^{me} L... Gabrielle, 50 ans.

Vers le 25 novembre 1936, la malade s'est aperçue qu'elle présentait une petite tumeur du sillon naso-génien gauche, coïncidant avec une petite douleur de la gencive et de la joue.

Elle est allée consulter vers le 1^{er} décembre, dans le service de Stomatologie de l'Hôpital des Enfants-Malades. Le stomatologiste a extrait deux racines : l'incisive latérale supérieure gauche et la canine supérieure gauche. Ces deux dents avaient été sciées il y a une douzaine d'années pour la mise en bouche d'un appareil de prothèse.

Des radiographies dentaires ont été faites avant et après l'extraction des racines. Elles ont été absolument négatives.

Le 19 décembre 1936, nous avons vu pour la première fois cette malade dans le service de Laryngologie de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Elle présentait alors une petite tumeur du sillon naso-génien gauche de la grosseur d'une noisette, adhérente à la peau, sans coloration spéciale de celle-ci, de consistance pâteuse.

Nous ne revoyons la malade que le 26 décembre 1936 dans le service de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis, car elle avait dû quitter Paris momentanément pour raisons de famille.

La tumeur a augmenté de volume. On se trouve maintenant en présence d'une tumeur ayant le volume et la forme d'une amande, très adhérente à la peau qui a, du reste, pris une coloration rougeâtre. Cette coloration semble provenir de l'inflammation de la tumeur sous-jacente dont la consistance est plus molle.



Fig. 12.
(Collection personnelle).



Fig. 13.
Pseudo-kyste naso-génien avant la cure chirurgicale.



Fig. 14.
(Collection personnelle).



Fig. 15.
Pseudo-kyste naso-génien après la cure chirurgicale.

La tumeur elle-même est mobile sur les plans profonds. La palpation en est douloureuse. Cette tumeur siège dans le sillon naso-génien gauche qu'elle comble et qu'elle déforme.

Le 30 décembre 1936, après anesthésie locale par infiltration à la novocaïne à un pour 200, nous pratiquons l'intervention avec le Docteur DEMALDENT, assistant du Service. Nous incisons dans le sillon naso-génien gauche. Nous y découvrons une petite tumeur très adhérente à la peau et d'où s'écoule un liquide séropurulent. La tumeur a un aspect vaguement kystique. Mais son clivage est extrêmement difficile et certaines parties doivent être extirpées à la curette. La limite inférieure de la tumeur semble assez bas située : vers l'extrémité supérieure de la fossette myrtiliforme.

En raison de l'adhérence de la tumeur à la peau nous sommes dans l'obligation de pratiquer une petite résection cutanée. Après la mise en place d'une mèche de drainage, nous faisons une suture à la soie.

Le 2 janvier 1937, le Docteur DEMALDENT enlève les soies et fait un pansement à plat.

Le 4 janvier, la malade présente une infiltration de la région naso-génienne. Nous écartons les lèvres de l'extrémité inférieure de la plaie et nous en faisons sortir une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Par cette ouverture, nous introduisons un faisceau de crins.

Les jours suivants, nous enlevons ce drainage et tout rentre dans l'ordre. Les photographies que nous reproduisons ici montrent l'état de la malade avant et après l'intervention.

Compte-rendu anatomo-pathologique.

Au cours de l'intervention que nous venons de décrire, nous avons prélevé quatre fragments qu'il ont ensuite fixés dans le liquide de Bouin.

A partir de ces fragments, nous avons fait préparer des coupes que M. le Professeur agrégé HUGUENIN a eu l'extrême obligeance de bien vouloir examiner.

La première coupe est prélevée au niveau d'un fragment passant par la peau. Elle montre une peau sub-normale dans ses couches superficielles ; mais dont le derme s'épaissit progressivement de telle sorte que, dans la partie profonde, adjacente à la cavité, se trouvent d'épais trousseaux cellulaires, formés de substance collagène ou hyaline.

La modification de la substance fondamentale dans ces régions porte d'ailleurs aussi sur la substance élastique qui, en certains points, apparaît sous forme de filaments extrêmement denses et sans orientation précise, soit d'élastine soit d'élacine.

Dès les régions superficielles du derme et à mesure que l'on s'avance en profondeur, on rencontre, en outre, des infiltrats cellulaires surtout systématisés à l'entour des glandes sébacées et davantage encore des glandes sudoripares. Ces infiltrats sont formés, en petite partie, par des polynucléaires ; mais surtout, par des éléments lymphoïdes ou histiocytaïres.

Sans aucune modification tissulaire nouvelle, la coupe s'arrête et ne paraît intéresser aucun revêtement identifiable qui répondrait à la périphérie d'un kyste.

La deuxième coupe comporte plusieurs segments profonds puisqu'on y identifie du tissu graisseux et musculaire.

Les lésions sont des lésions inflammatoires sub-aiguës : les capillaires congestifs présentent d'importantes lésions d'endothéliite et à l'entour le tissu conjonctif est dissocié par un œdème diffus. Outre les cellules fixées qui se pré-

sentent sous l'aspect de fibrocytes, d'histiocytes, se trouve une abondante infiltration de polynucléaires, neutrophiles pour la plupart, assez peu altérés, et surtout de plasmocytes volumineux, sans corps de Rüssel. Nulle part on ne retrouve dans les régions de surface d'éléments qui permettent d'identifier une paroi de kyste.

La troisième coupe qui a été prise à la partie profonde de la cavité est constituée par une nappe conjonctive avec des fragments de muscle strié.

Dans sa partie la plus profonde, il existe une sclérose collagène avec de multiples névromes et des lésions vasculaires.

Dans sa partie superficielle, une infiltration inflammatoire comparable à celle que nous avons décrite mais moins intense.

La limite proximale, celle qui doit répondre à la surface de la cavité, est constituée par le même tissu sans aucune modification architecturale du conjonctif qui puisse figurer une sorte de membrane, sans débris d'endothélium identifiable.

La seule chose qui indique la surface de la cavité est, par place, un petit exsudat fibrineux ou oedémateux et la présence de globules rouges.

La surface n'est d'ailleurs pas régulière mais comme bosselée par des trous-seaux conjonctifs irréguliers qui, en certains points, font saillie, séparés d'autres par des sortes de vallonnements.

La quatrième coupe prélevée dans la profondeur, montre un aspect absolument comparable au précédent.

En résumé :

La lésion profonde est une réaction inflammatoire subaigüe, peu suppurative, particulièrement riche en plasmocytes.

Comme les lésions inflammatoires s'étalent jusque dans les portions superficielles du derme, on trouve là l'explication patente des phénomènes cliniques d'adhérence à la peau.

Les lésions vasculaires et nerveuses, la sclérose profonde sont des indices certains de l'ancienneté des lésions.

Quant à la cavité elle-même, on augure, d'après ce que l'on retrouve à la surface, qu'elle contenait un liquide oedémato-fibrineux et du sang.

En ce qui concerne la nature de cette cavité, ni l'existence de cellules rappelant un revêtement ni une disposition, parallèle à la surface, de trousseaux conjonctifs ne permettent de conclure à l'existence d'un kyste vrai.

Tout au contraire plaide à l'encontre. En outre, l'existence, dans la partie profonde de la première coupe, de nappes épaisses de substance fondamentale altérée, en partie hyaline, les modifications de la substance élastique, souvent en métamorphisme élaclinique, plaident en faveur d'une altération de cette substance fondamentale qui paraît beaucoup plus importante que l'infiltration inflammatoire.

Pour cela, on serait tenté de penser qu'elle serait primitive, et, partant, de considérer cette lésion comme un pseudo-kyste par altération de la substance fondamentale, la réaction inflammatoire étant secondaire.

Cette lésion serait comparable aux pseudo-kystes synoviaux du poignet, aux hygromas pré-rotuliens, aux bourses dites séreuses du coude.

2. LES NAEVI

RAYER, dans ses travaux, a défini le naevus comme « une altération congénitale de la couleur ou de la texture de la peau, ordinairement permanente et limitée à une région du corps. »

De son côté, UNNA le considère comme « une petite difformité circonscrite de la peau, d'origine héréditaire ou embryonnaire, apparaissant à divers stades de la vie, se développant avec une extrême lenteur et se distinguant à la surface de la peau par sa forme et sa couleur. »

LECÈNE distingue trois sortes de naevi :

Les naevi pigmentaires,



Fig. 16. — Naevus.

(Musée des Photographies. Hôpital Saint-Louis).

Les naevi verruqueux,

Les naevi vasculaires.

a) Les naevi pigmentaires.

Ce sont les mélanoblastomes de Masson, encore appelés lentigo ou grains de beauté.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur cette forme connue de tous.

b) Les naevi verruqueux.

Ils comprennent de nombreuses variétés : naevi verruqueux mous, naevi molluscoïdes (qui constituent très souvent l'un des signes de la maladie de Recklinghausen), naevi verruqueux durs.

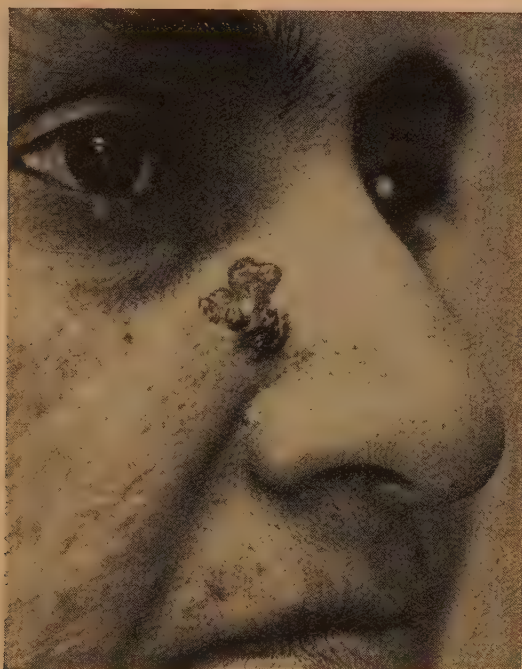


Fig. 17. — Naevo carcinome.
(Musée des Photographies-Hôpital Saint-Louis).

Ces naevi relèvent plutôt de la dermatologie que de la pathologie chirurgicale.

c) Les naevi vasculaires.

Ils sont formés, le plus souvent, par des angiomes cutanés et sous-cutanés, parfois par des lymphangiomes. Nous réserverons donc leur étude pour le chapitre des angiomes.

OBSERVATION VIII

(In *thèse de Proust*. Paris 1920-21. De l'actinothérapie combinée à l'électrolyse négative dans le traitement des naevi).

Naevus naso-génien.

Y. D..., âgée de six ans, présente un naevus..

La lésion intéresse la moitié interne de la joue droite, la face latérale correspondante du nez, débordant la ligne médiane, l'angle interne de l'œil, le tiers interne de l'arcade sourcilière, s'étendant, à la partie inférieure, jusqu'à la lèvre supérieure.

Les naevi présentent un intérêt capital dans leur étude : c'est la facilité avec laquelle ils évoluent vers des néoplasies malignes, prenant alors le nom de sarcome mélanique, de naevo-carcinome, de mélano-blastome malin. Nous trouverons dans notre observation VIII et notre figure XVI deux exemples de naevus du sillon naso-génien et la figure suivante montrera un cas de naevo-carcinome.

3. LES NÉOFORMATIONS ÉPITHÉLIALES

Les néoformations épithéliales de la peau comprennent :

Les tumeurs fibro-épithéliales de la peau,

Les épithéliomas cutanés.

a) Les tumeurs fibro-épithéliales de la peau.

Les tumeurs fibro-épithéliales de la peau sont représentées par :

Les verrues et les papillomes,

Les adénomes.

LES VERRUES ET LES PAPILLOMES

Nous pensons que ce chapitre n'a aucun intérêt ici car il n'y a aucune raison pour ne pas rencontrer de verrues ou de papillomes au niveau du sillon naso-génien (et nous en avons trouvé quelques exemples) mais il faut noter qu'il est beaucoup plus fréquent d'observer les premières au niveau des mains et des doigts et les seconds au niveau des organes génitaux.

LES ADÉNOMES

Les adénomes se distinguent en adénomes sébacés et adénomes sudoripares ou hidradénomes.

1^o *Les adénomes sébacés.* — Le sillon naso-génien est le siège d'élection des adénomes sébacés symétriques qui peuvent y revêtir trois types : le type Balzer et Ménétrier, le type Pringle, le type Hallopeau, Leredde et Darier.

Ces trois variétés, comme l'a montré M^{lle} DOBKEVITCH dans la *Pratique Dermatologique*, se composent de trois éléments histopathologiques en proportions variables.

Dans la première variété : type Balzer et Ménétrier, c'est la prolifération épithéliale qui domine.



Fig. 18. — Adénomes sébacés.
(Musée des Photographies-Hôpital Saint-Louis).

Dans la deuxième variété : type Pringle, c'est la prolifération vasculaire qui domine.

Enfin dans la troisième variété : type Hallopeau, Leredde et Darier, c'est la prolifération fibreuse qui domine.

Nous rapporterons ci-dessous une très belle observation que DALLET communique dans sa Thèse.

OBSERVATION IX

(In thèse de Dallet, Bordeaux 1920. Naevi miliaires télangiectasiques de la face (adénomes sébacés de BALZER-PRINGLE).

Adénome sébacé.

F. B..., sexe féminin, 11 ans.

DUMONT.

Enfant unique, née dans de bonnes conditions. Début à l'âge de trois ans dans le sillon naso-génien gauche. Depuis lors, les lésions ont graduellement augmenté ; elles ont d'abord formé une plaque dans le sillon et depuis trois ans s'est fait une abondante dissémination.

Fillette intelligente et bien développée, non réglée. Sur tout le centre de la face sont dissimulées de petites lésions comme de minimes papules qui occupent le nez, la partie interne des joues, la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et le menton ; elles sont particulièrement abondantes dans les sillons naso-géniens, et tout autour de l'insertion des ailes du nez, au point que, du côté droit, elles deviennent cohérentes et que, à gauche, elles confluent en une plaque large comme un petit haricot, irrégulier, d'un rose jaunâtre, légèrement saillante, à surface finement mamelonnée, un peu grenue au toucher, mais souple et sans dureté, superficielle ou profonde. Tout autour, les éléments s'égrainent en nombre, sous forme de petites papules arrondies dont les plus petites, sont à peine visibles à la loupe, dont les plus grosses atteignent le volume d'une tête d'épingle.

La lésion est d'une indolence absolue, limitée à la face et tend à s'étendre et à se multiplier...

2° *Les adénomes sudoripares ou hidradénomes.* — Ils siègent aux paupières et n'auraient donc à être décrits qu'à propos des affections du sillon naso-palpébral et non du sillon naso-génien.

b) Les épithéliomas cutanés.

Ici s'ouvre un chapitre fort intéressant de la pathologie du sillon naso-génien. Car c'est à la face que les épithéliomas cutanés sont les plus fréquents. BORRMANN donne le chiffre de 93 %. Il est donc facile de comprendre que l'épithélioma intéressant la peau du sillon naso-génien n'est pas rare.

Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux du type baso-cellulaire ou du type spino-cellulaire.

A propos de la pathogénie des épithéliomas cutanés, nous rappellerons cette phrase de LECÈNE :

« Il est incontestable cliniquement et anatomiquement que l'épithélioma pavimenteux de la peau est très souvent précédé par une inflammation chronique souvent de très longue durée. »

Nous rappellerons également que, lors du *Congrès du Cancer* en 1923, M. le Professeur F. LEMAÎTRE insistait particulièrement sur le rôle des états pré-cancéreux dans la pathogénie des épithéliomas cutanés.

Enfin nous noterons que M. le Professeur PORTMANN, dans un article de la *Revue de Laryngologie* de 1936, a insisté sur le rôle des inflammations dans le développement des épithéliomas de la face. De plus, il considère que la région naso-orbitaire (notons en passant

que les photographies publiées dans son article prouvent qu'il attache un sens très vaste à cette dénomination de naso-orbitaire et qu'il y fait rentrer le sillon naso-génien) est une région d'élection du cancer de la face. Mais pour lui, le cancer cutané n'est qu'une forme de début du cancer du massif facial supérieur. Il pense que celui-ci peut en effet débiter soit par une forme sinusale, nasale, hémorragique, névralgique ou alvéolo-dentaire soit par une forme cutanée.



Fig. 19. — Épithélioma cutané.
Collection Brocq-Hôpital Saint-Louis.

Quoiqu'il en soit, nous venons de le montrer, l'épithélioma est une affection fréquente du sillon naso-génien dont nous trouverons des exemples dans notre observation X et notre figure XIX.

OBSERVATION X

(In *thèse de Lessertisseur*, Paris 1923. Du traitement par les Rayons X des épithéliomas spino-cellulaires ou épidermoïdes de la peau).

Epithélioma naso-génien.

R... Gabriel, 63 ans.

Intervention chirurgicale en 1899 pour un petit épithélioma de 10 à 15 millimètres de diamètre, situé sur la région oculo-nasale droite, développé récemment. Quatre récidives successives espacées de quatre à cinq mois environ.

Nouvelles interventions dont trois avec greffes, la dernière en 1902.

De 1902 à 1907 aucune récursive.

En 1907 apparition du côté opposé d'un petit noyau gros comme un grain de riz, au niveau du pli naso-génien.

Le 29 avril 1920, le malade se présente à l'Institut du Radium : on constate une vaste perte de substance intéressant la région naso-labio-génienne gauche.

Histologie : épithélioma pavimenteux.

4. LES NÉOFORMATIONS CONJONCTIVES

Les néoformations conjonctives cutanées sont représentées par :

Les fibromes,

Les angiomes,

Les lipomes,

Les tubercules sous-cutanés douloureux,

Les sarcomes primitifs de la peau.

a) Les fibromes.

Exception faite du *molluscum pendulum* dont nous ne connaissons pas d'exemple au niveau du sillon naso-génien, les fibromes sont représentés par les *chéloïdes*.

La chéloïde est « un néoplasme cutané en forme de plaque saillante ou de tubérosité, formé par du tissu conjonctif dense très pauvre en cellules, très riche au contraire en faisceaux fibreux adultes formant un feutrage serré ».

POOT, dans sa Thèse, définit la chéloïde : « une tumeur qui envoie des irradiations qui lui donnent plus ou moins vaguement l'aspect d'un crabe ou d'une écrevisse aux pattes étalées (d'où le nom qui lui a été donné de $\chi\chi\lambda\lambda$ = pince et $\epsilon\iota\delta\omicron\varsigma$ = apparence) ».

Comme on le sait la chéloïde spontanée des cliniciens n'existe pas, car il y a toujours une petite lésion cutanée plus ou moins insignifiante qui en est le point de départ.

On conçoit toute l'importance des chéloïdes cicatricielles au niveau du sillon naso-génien. Ce sillon peut être le siège, comme nous l'avons déjà vu, d'un furoncle ou d'un anthrax et, par conséquent, être, par la suite, le siège d'une cicatrice chéloïdienne. Mais surtout, le sillon naso-génien est le point d'élection de fréquentes incisions chirurgicales. Quand il s'agit de trouver une voie d'accès sur les fosses nasales, on s'adresse soit à la voie supérieure ethmoïdale soit à la voie moyenne trans-maxillo-nasale. Ces deux voies ont une ligne

d'incision qui, pour être parfaite, doit passer en plein sillon naso-génien.

Il s'agit donc là de deux circonstances à la suite desquelles on peut observer une chéloïde du sillon naso-génien.

b) Les angiomes.

Nous avons vu précédemment que, le plus souvent, les naevi vasculaires étaient formés par des angiomes.

Ces angiomes sont constitués soit « par des vaisseaux capillaires néoformés et dilatés » : c'est l'angiome simple ; soit par « un véritable tissu caverneux néoformé analogue à celui des organes érectiles » : c'est l'angiome caverneux qui peut être circonscrit ou diffus.

Nous reproduisons ci-dessous l'observation d'un malade atteint d'angiome sous la forme d'un naevus vasculaire.

OBSERVATION XI

(In *thèse de Proust*. Paris 1920-21. De l'actinothérapie combinée à l'électrolyse négative dans le traitement des naevi).

Angiome naso-génien.

J... B., âgé de 7 ans, est venu consulter, en mai 1914, service de M. le Docteur Brocq pour une tache de vin de la face...

Ce dernier présente en effet un naevus vasculaire de la joue droite, intéressant la région sous-jacente à la paupière inférieure droite, l'angle interne de l'œil, la face latérale du nez, descendant à la partie inférieure jusqu'à deux centimètres environ au-dessus de la lèvre supérieure.

c) Les lipomes.

Le lipome est une tumeur constituée par du tissu adipeux de nouvelle formation. Cette tumeur est en général bien circonscrite, encapsulée, facilement énucléable, toujours lobulée.

Nous ne voyons aucune raison qui puisse rendre impossible la présence d'une semblable tumeur dans le sillon naso-génien. Malheureusement il nous a été impossible d'en trouver un seul exemple ni dans la littérature ni au Musée des Moulages ni au Musée des Photographies de l'Hôpital Saint-Louis.

d) Les tubercules sous-cutanés douloureux.

Nous les passerons sous silence car nous pensons que les tubercules sous-cutanés douloureux sortent, par leur siège, du cadre de ce travail.

En effet, il s'agit de tumeurs développées le plus souvent sur la face interne du tibia, plus rarement à la mamelle ou au voisinage des articulations.

e) Les sarcomes primitifs de la peau.

Si nous passons sous silence les deux formes bien connues de sarcomatose cutanée généralisée : le sarcome pigmentaire multiple de KAFOSI et le sarcome généralisé hypodermique de PERRIN, et si nous mettons de côté les lymphadénies telles que le mycosis fongioïde qui relèvent plus du dermatologiste que du laryngologiste, il nous reste à étudier trois formes de sarcomes primitifs de la peau :

- Le sarcome fuso-cellulaire,
- Le lympho-sarcome cutané,
- Le lymphadénome cutané.

LE SARCOME FUSO-CELLULAIRE

Le sarcome cutané fuso-cellulaire est encore appelé sarcome à cellules fusiformes ou fibro-sarcome.

Il serait un peu moins fréquent que les épithéliomas cutanés.

D'après M. le Professeur PORTMANN, il ne serait que l'un des modes de début du sarcome du massif facial supérieur.

LE LYMPHO-SARCOME CUTANÉ

Nous ne pensons pas qu'il faille garder cette appellation, car elle prête à confusion, comme l'a fait remarquer M. le Professeur GOUGEROT, avec le lympho-sarcome ganglionnaire que nous étudierons plus loin. Afin de le distinguer du lympho-sarcome ganglionnaire il serait préférable de lui donner le nom de : sarcome atypique à cellules polymorphes de DARIER ou sarcome alvéolaire de BILLROTH ou carcinome réticulé de CORNIL et RANVIER.

C'est la tumeur la plus fréquente des tumeurs malignes cutanées après les épithéliomas.

Ces deux sortes de sarcomes primitifs de la peau ne sont pas rares au niveau du sillon naso-génien.

Nous reproduisons ci-dessous l'observation d'un sarcome du sillon



Fig. 20. — Sarcome cutané.
(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis.)

naso-génien et ci-dessus la photographie du même malade. Notons que la petite plaie lenticulaire du lobe du nez qui figure sur la photographie est le vestige d'une biopsie faite par M. GASTOU.

OBSERVATION XII

(In *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*. MM. DANLOS et GASTOU).
Sarcome naso-génien.

P..., âgée de 77 ans.

La lésion avait envahi la totalité du nez dont le volume était presque doublé. Un gros nodule faisant corps avec la masse principale intéressait la région sous orbitaire.

Examen histologique : sarcome épithélioïde.

LE LYMPHADÉNOME CUTANÉ

Le lymphadénome cutané est un sarcome extrêmement malin. En général, il n'est pas isolé : le même malade est porteur de plusieurs lymphadénomes : on dit alors qu'il y a lymphadénie. Cette lymphadénie peut toucher, par l'un de ses éléments, le sillon nasogénien. Tel est par exemple le cas de la malade présentée par M. le Professeur GOUGEROT et M^{lle} ELIASCHEFF à la séance du 14 mai 1936 de la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

Le grand intérêt de cette observation résulte du fait que nous avons personnellement examiné cette malade dans le service de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis où elle nous avait été adressée pour examen endo-nasal : elle présentait, à ce moment, une tuméfaction qui comblait entièrement le sillon nasogénien.

OBSERVATION XIII

(In *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1936, p. 969. Communication de M. GOUGEROT et de M^{lle} ELIASCHEFF) (résumé).

Lymphadénome nasogénien.

La malade n° 122.311, âgée de 67 ans, mariée, a eu deux jumeaux morts à la naissance et un fils qui fut tué, à la guerre, à l'âge de 28 ans. Elle a une tension artérielle très élevée depuis de nombreuses années, de fréquentes hémorragies nasales.

En 1933, elle a eu une angine d'une durée de quelques jours, et, depuis ce temps, elle a souvent des maux de gorge et est toujours « fatiguée ».

Au mois d'août 1935, sont apparus de nombreux ganglions cervicaux du côté droit dont un très volumineux. Envoyée à la mer, les ganglions disparurent au bout d'un mois.

Les lésions actuelles ont débuté à la fin du mois d'août, dès la rentrée à Paris après son séjour à la mer. La malade les attribue à une intoxication par des coquillages, intoxication suivie d'une forte éruption urticarienne (?). Elle s'aperçut d'abord d'un gonflement du côté gauche de son nez et peu à peu le nez augmenta de volume, mais elle ne ressentit et ne ressent aucune douleur, aucune gêne de la respiration.

Les lésions sous-narinaires commencèrent en décembre 1935 ainsi que celles des orteils. En janvier 1936, apparurent des lésions sur les orteils du pied droit et, en mars, sur les orteils du pied gauche.

En avril 1936, on constate une augmentation du volume du nez due à une infiltration diffuse. La peau est tendue, de teinte jaune violacée, lisse, parcourue par de nombreuses téléangiectasies.

Afin de ne pas allonger inutilement cette observation signalons que la malade présente des lésions semblables à la lèvre supérieure, aux lobules des deux oreilles, à la voûte palatine, au pied droit, au pied gauche, à la main droite.

M. le Professeur GOUGEROT et M^{lle} ELIASCHEFF apportent à leur communi-

cation les conclusions suivantes basées sur l'examen histologique de la tumeur du grand orteil :

« Il s'agit donc de lymphadénie cutanée, sans leucémie sanguine ni augmentation de la rate, lésions classées depuis longtemps dans les tumeurs malignes : elles en ont l'évolution clinique, la marche progressive, la terminaison fatale ».

E. — AFFECTIONS DIVERSES

Nous grouperons sous ce titre des affections du sillon naso-génien relativement rares telles que :

Bouton d'Orient,
Charbon,
Morve,
Lèpre,
Mycoses,
Pian.

1. LE BOUTON D'ORIENT

Le bouton d'Orient a reçu de nombreux noms. Il est encore appelé : clou de Biskra, clou de Gafsa, bouton d'Alep, bouton du Nil, bouton de Bagdad, bouton du Yémen, bouton de Delhi.

En réalité, c'est une leishmaniose cutanée, due au *Leishmania Tropica* découvert en 1903 par WRIGHT et dont l'agent vecteur est le *Phlebotomus Papatasi*.

Evidemment, nous n'avons pu nous-même observer cette affection. Mais nous en avons trouvé divers exemples au niveau du sillon naso-génien dans la collection des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis.

Notre observation XIV et notre figure XXI en offrent deux très beaux exemples, ainsi que notre observation XV.

OBSERVATION XIV

(In *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1937. p. 59. Communication de MM. GOUGEROT et DELORT. Séance du 14 janvier 1937).
Bouton d'Orient du sillon naso-génien.

La malade, âgée de 18 ans, habitant la ville d'Oran, vient consulter, le 7 novembre 1936, pour une lésion cutanée, lupiforme, siégeant sur le versant droit du nez à la partie moyenne, tout près de la racine du nez. Cette lésion, apparue en mars 1936, a la forme d'un placard saillant, elliptique, de 17 millimètres de longueur, de 12 millimètres de largeur, de 5 millimètres de hauteur. Sa coloration est rouge orange et l'épiderme est finement squameux sur la surface plane du

placard papuleux. Les bords sont très légèrement sinueux. La lésion est spontanément indolente et très légèrement sensible à la palpation. Elle est mobile sur les plans profonds. La peau environnante est normale et l'on ne sent pas d'adénopathie correspondante.

A la vitro-pression, on aperçoit une nappe diffuse, couleur sucre d'orge.

L'état général est excellent : pas de température, pas de lésions viscérales.

Le début remonte à mars 1936 : une brûlure par cigarette a précédé l'apparition de la lésion et, peut être, a servi de porte d'entrée. Depuis six mois enfin,



Fig. 21. — Bouton d'Orient.

(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis.)

la malade n'avait pas quitté Oran. Six mois auparavant, elle a été, à 110 kilomètres d'Oran, à Bou Hamfia où il n'existerait pas de cas de leishmaniose.

A la suite de cette brûlure, en un mois environ, sur le versant droit du nez, elle a vu une croûte se former, minime, très prurigineuse.

Progressivement, en six mois, la lésion s'étend, se surélève, atteignant 5 millimètres de diamètre environ puis 10 millimètres. En même temps, elle ressent localement une petite douleur sourde, intermittente.

Malgré l'application de pommades à l'oxyde jaune de mercure, la lésion persiste. En fin juillet 1936, on la cautérise au thermocautère : elle ne suppure pas et, malgré cette ulcération thérapeutique, la cicatrisation s'effectue rapidement en une semaine.

Un médecin pense alors à une chéloïde et essaie, le 10 août, un traitement par

le radium (3 mgr. 33 pendant 26 heures). Vers le quatrième ou cinquième jour, se produit une diminution passagère de la lésion. Mais bientôt, elle réaugmente à nouveau, elle s'élargit, s'aplatit, prenant, en octobre 1936, sa forme actuelle.

Depuis cette époque aucun traitement n'a été entrepris. La malade vient alors consulter le 7 novembre 1936.

Le diagnostic clinique de Leishmaniose est aussitôt fait...

OBSERVATION XV

(In thèse de Lamarque. Paris 1920. Contribution à l'étude du diagnostic clinique rétrospectif du Bouton d'Orient d'après l'aspect de la cicatrice).

Bouton d'Orient du sillon naso-génien.

B... Zoé, 35 ans.

Le 17 mars 1911. Cette malade, après un séjour de trois ans à Alep, a eu un premier bouton sur la joue gauche, immédiatement en dedans de la pommette et au-dessous de la paupière inférieure gauche. Ce bouton, non soigné, s'étant irrité et excorié, a duré un an et demi...

2. LE CHARBON

Le charbon, dû à la bactériodie de DAVAINÉ ou *Bacillus Anthracis*, donne, au point d'inoculation sur la peau, une vésicule qui se trouble et s'entoure d'œdème : c'est la *pustule maligne*.

Cette pustule maligne peut, sans aucun doute, siéger au niveau du sillon naso-génien. Mais malgré tous nos soins apportés à cette étude nous n'avons pu trouver un seul exemple de cette localisation ni au Musée des Moulages, ni au Musée des Photographies de l'Hôpital Saint-Louis, ni dans la Thèse de CHÈZE qui rapporte pourtant une trentaine d'observations de pustule maligne mais dont aucune ne siège dans la région qui nous intéresse.

3. LA MORVE

La morve, due au *Mycobactérium Mallei* de BOUCHARD, CAPITAN et CHARRIN, nous intéresse dans l'une de ses formes cliniques : la *farcinose mutilante de la face* de HALLOPEAU et JEANSELME et, parfois, dans une autre forme clinique : la morve aiguë ou *érysipèle morveux* quand celui-ci s'accompagne de nodules morveux.

Nous reproduirons ici dans notre observation XVI et dans nos figures XXII et XXIII le cas qui fut présenté par BESNIER à la séance du 3 avril 1891 de la *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

OBSERVATION XVI

(In *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Communication de BESNIER. Séance du 3 avril 1891).

Morve du sillon naso-génien.

Le malade était un jeune homme de 25 ans, successivement palefrenier, conduc-



Fig. 22. — Farcinose mutilante.
(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis.)

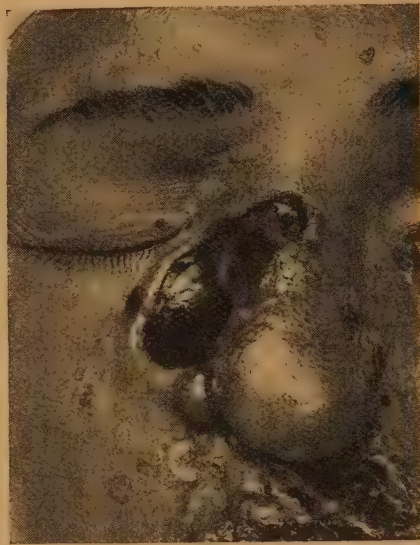


Fig. 23. — Même malade 7 mois plus tard.
(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis.)

teur de chevaux et charretier, professions qui n'ont pas été connues d'emblée car il avait déclaré qu'il était garçon marchand de vins.

Il était venu à Paris pour se faire soigner et entra à l'Hôpital Saint-Louis au mois de mai 1890, présentant au centre de la face des lésions mutilantes qu'il disait exister depuis 5 mois seulement et qui donnaient tout d'abord l'idée d'une syphilis térébrante ; non pas qu'elles en présentassent sur tous les points le caractère strict mais parce que sur quelques-uns de ces points la comparaison était possible.

Le centre de la face est occupé par une série ininterrompue d'infiltrations, d'ulcérations et de pertes de substance qui, commençant à la partie médiane de la racine du nez, gagnent le canal lacrymal jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, contournant le sac lacrymal ainsi que son atmosphère sous-palpébrale, détruisent une grande partie du dos du nez au-dessous, érodent le sillon naso-jugal droit, atteignent la lèvre supérieure qu'elles occupent dans sa totalité...

4. LA LÈPRE

La lèpre, due au *Mycobactérium Leprae* de HANSEN, est caractérisée par des lésions qui sont constituées par le nodule lépreux qui

présente une certaine ressemblance avec le tubercule. Le nodule lépreux est formé par un ensemble de petits lépromes, chaque léprome étant formé par « un amas de leucocytes mononucléaires à type de macrophages, très tassés et mêlés de fibroblastes ». La peau est le siège de macules lépreuses ou taches érythémato-pigmentaires. C'est souvent sur ces taches que se développent ensuite les tubercules.

Nous ne pensons pas devoir nous attarder sur ce sujet car nous n'avons jamais trouvé d'exemple de tubercule lépreux isolé du sillon naso-génien. Il n'y a pas, chez un lépreux, un tubercule isolé mais une véritable agglomération de tubercules plus ou moins rapprochés qui donnent alors au malade le « masque de bête », le « faciès léonin. »

5. LES MYCOSES

Les mycoses cutanées présentent plusieurs variétés correspondant au parasite en cause, dont les deux plus importantes sont :

L'actinomycose,

La sporotricose.

a) L'actinomycose.

L'actinomycose est une affection qui est due soit à l'*actinomyces* ou *discomyces bovis*, soit au *cohnistreptothrix israëli*, découverts par BOLLINGER et HARZ en 1877 et par ISRAËL en 1878.

Ce parasite pénètre dans l'organisme soit par une voie buccodentaire qui peut être constituée par une lésion minime, soit par une voie cutanée qui peut être créée par l'existence d'une petite plaie ou d'une excoriation. A la suite de la pénétration du parasite, il se forme un véritable processus suppuratif comparable à l'évolution d'un abcès, d'abord localisé soit autour de la dent cariée soit autour de l'excoriation cutanée. Puis, le processus suppuratif gagne de proche en proche, et il se creusera des trajets fistuleux simples où multiples par lesquels s'écoulera un pus séreux, séro-purulent ou purulent, contenant, le plus souvent, des grains jaunes, constitués par l'agglomération des parasites.

Supposons que l'*actinomyces* pénètre dans l'organisme par une carie de la canine supérieure ou par une excoriation cutanée du sillon naso-génien ; on conçoit facilement que, dans de telles circonstances, il se produira en premier lieu une tuméfaction naso-génienne et en

second lieu une fistule dont l'orifice s'ouvrira en plein sillon nasogénien.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici l'observation de tels faits. Mais nous n'en avons pas connu personnellement de semblables et la littérature ne nous en a fourni aucun exemple. Beaucoup d'observations d'actynomycose intéressent la région jugale mais aucune, à notre connaissance, n'intéresse la région nasogénienne. De même ni le Musée des Photographies, ni le Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis ne nous en ont fourni d'exemple.

b) La sporotrichose.

Dûe au *Sporotrichum Beurmanni*, champignon du groupe des *Hyphomycètes*, la sporotrichose donne des lésions cutanées qui sont de véritables gommés sporotrichosiques dont nous reproduirons ici deux observations et une photographie dans lesquelles la gomme sporotrichosique intéresse le sillon nasogénien.

OBSERVATION XVII

(In *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1909, p. 251. Communication de MM. DANLOS et FLANDIN. Séance du 1^{er} juillet 1909). Sporotrichose du sillon nasogénien.

M^{me} D..., âgée de 66 ans, n'ayant jamais eu d'accident cutané ni vénérien, tombe, il y a deux ans, dans une fosse à fumier et se fait de multiples contusions et éraflures légères en différents points du corps notamment aux jambes. Elle n'a pas remarqué d'écorchures à la face. Quelques mois plus tard, s'installe un écoulement intermittent de pus sanguinolent et de croûtelles par les narines. La malade n'y attache jamais d'importance.

Il y a 13 mois environ apparut la lésion de la face pour laquelle la malade vient consulter.

Le début paraît s'être fait sur le dos du nez et un peu à gauche. Puis le mal s'est étendu graduellement sur la moitié droite du nez et la partie adjacente de la joue jusqu'à la moitié de la paupière inférieure.

Actuellement, la lésion mesure 4 centimètres transversalement sur 2 centimètres verticalement.

Ses bords sont irréguliers, serpigineux. Elle se présente sous l'aspect d'une tuméfaction croûteuse, irrégulière. Les croûtes d'un brun noirâtre, épaisses, non stratifiées, se décolent mal. Elles sont enchassées, dans une surface exulcérée et papillomateuse et entourées d'une zone rouge à peu près lisse. En comprimant la surface débarrassée de ses croûtes entre deux doigts, on fait sourdre par places une gouttelle de pus indiquant la production de petits abcès intra-dermiques, comparables à ceux que l'on trouve dans la tuberculose cutanée. Tout à fait en haut vers l'angle de l'œil, existe une petite plaque cicatricielle de la grandeur de l'ongle, vestige d'une lésion du même genre aujourd'hui guérie.

La lésion est absolument indolente. Il n'y a pas de ganglions. Il existe en outre chez la malade plusieurs autres foyers analogues.

OBSERVATION XVIII.

(In *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1909, p. 254. Communication de MM. PAUTRIER et LUTEMBACHER. Séance du 1^{er} juillet 1909).

Sporotrichose du sillon naso-génien.



Fig. 24. — Sporotrichose.

(Collection Générale-Hôpital Saint-Louis.)

M... B., 45 ans, garçon livreur chez un bijoutier, se présente à la consultation de M. Brocq pour des lésions de la joue droite qui se présentent avec l'aspect suivant :

On trouve sur le milieu de la joue une lésion principale....

Au voisinage de cette lésion on trouve encore vers l'angle externe de l'œil et vers le sillon naso-génien des lésions isolées : celles-ci se présentent sous la forme de tubercules dont les plus petits ont les dimensions d'un petit grain de plomb, les plus gros celles d'un pois vert. Ces tubercules sont saillants, de couleur rouge jaunâtre, recouverts par un épiderme aminci, quelques uns par des squames ou des croûtelles très fines.

Dans l'intervalle de ces tubercules la peau présente une teinte légèrement érythémateuse.

6. LE PIAN

Le pian, encore appelé *Framboesia Tropica*, est une maladie tropicale qui porte différents noms : dans les colonies anglaises elle est connue sous le vocable de « yaws » ; au Brésil sous celui de « buba » ; à Ceylan sous celui de « parangi » : Cette affection est dûe à un spirochète voisin de la syphilis : le *spirochaeta* ou *treponema pertenue* ou *pallidula* de CASTELLANI, découvert par cet auteur en 1906.

Le pian évolue, comme la syphilis, en trois phases : période primaire, période secondaire, période tertiaire uniquement localisée sur les os et qui prend alors le nom de goundou. Seules les périodes primaire et secondaire nous intéressent pour le moment ; quant à la période tertiaire nous aurons l'occasion d'y revenir un peu plus loin au chapitre des affections osseuses.

a) La période primaire.

La période primaire du pian se caractérise par l'apparition d'une lésion locale initiale constituée par une petite papule unique qui devient saillante, qui s'exulcère par la chute de l'épiderme et qui se recouvre d'une croûte blanche. Le derme bourgeonne à ce niveau et donne alors à la lésion l'aspect d'une framboise d'où le nom de *Framboesia* donné à la maladie. Cet élément initial, qui siège de préférence aux avant-bras et aux jambes, peut se rencontrer sur n'importe quelle partie du corps. Comme le chancre syphilitique il peut vraisemblablement siéger dans le sillon naso-génien. Néanmoins nous n'en connaissons pas d'exemple à ce niveau.

b) La période secondaire.

La période secondaire du pian, caractérisée d'une part par des signes généraux, est marquée d'autre part par l'apparition de l'éruption framboisique. Cette éruption est formée par de petites papules qui s'exulcèrent et se recouvrent d'une croûte jaunâtre, puis qui s'épaississent, deviennent saillantes, mamelonnées. Ces « framboises » sont alors constituées par les papilles hypertrophiées du derme qui sont à nu. Comme dans la syphilis secondaire il existe un ensemble d'élé-

ments disséminés sur tout le corps souvent en petit nombre. L'un de ces éléments peut très vraisemblablement siéger dans le sillon naso-génien mais le seul exemple que nous en connaissons, représenté par une cire du Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis est situé non pas dans le sillon naso-génien mais dans le sillon naso-labial. C'est pourquoi nous n'en donnerons ni la reproduction ni l'observation ici.

7. LE RHINOPHYMA

Le Rhinophyma ou acné hypertrophique est une affection qui appartient en propre plus au nez lui-même qu'au sillon naso-génien.



Fig. 25. — Rhinophyma.

(Musée des photographies. Hôpital Saint-Louis.)

Mais il prend souvent un développement tel que le sillon naso-génien lui aussi en est modifié.

Nous nous contenterons de dire que le rhinophyma se présente sous l'aspect d'une tumeur bosselée et lobulée, souvent très volumineuse, de coloration rouge violacée, parsemée de points blancs ou jaunâtres qui correspondent aux orifices dilatés des glandes sébacées.

Histologiquement il s'agit d'une hyperplasie du tissu conjonctif

avec dilatation des vaisseaux et d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence kystique des glandes sébacées.

Nous ne donnerons pas d'observation de rhinophyma mais nous reproduirons une photographie montrant que cette lésion peut déformer le sillon naso-génien.

II. AFFECTIONS DU GANGLION NASO-GÉNIEN

Nous avons montré, dans notre rappel anatomique, que l'existence du ganglion naso-génien devait être considérée comme réelle. Nous répéterons avec LENORMAND que « toutes les affections susceptibles de se rencontrer au niveau des ganglions lymphatiques peuvent frapper le groupe génien » en général et le ganglion naso-génien en particulier. Mais certaines affections sont tout à fait exceptionnelles à ce niveau comme nous aurons l'occasion de le montrer ; certaines même n'ont jamais été signalées.

Nous étudierons successivement à propos du ganglion naso-génien :

Les inflammations aiguës,

Les inflammations chroniques,

Les tumeurs primitives,

et nous essayerons d'expliquer un peu leur pathogénie.

A. — INFLAMMATIONS AIGUES

L'inflammation aiguë du ganglion naso-génien n'est autre que l'*adénite naso-génienne banale aiguë*.

Nous avons vu, dans le rappel anatomique, que le ganglion naso-génien reçoit des lymphatiques qui viennent de l'aile du nez, de la lèvre supérieure, de la gencive au niveau de l'incisive latérale et de la canine supérieures. Donc on comprendra facilement que toute inflammation aiguë, capable de déclencher une adénite et siégeant sur l'un ou l'autre de ces territoires, pourra déclencher une adénite naso-génienne. Ce pourrait être le cas d'un furoncle de l'aile du nez ou de la lèvre supérieure, par exemple ; mais, nulle part, nous n'avons trouvé d'exemple d'adénite naso-génienne ayant cette pathogénie et nous-même n'en avons jamais observé.

La grande cause d'adénite naso-génienne réside dans les affections alvéolo-dentaires.

CARBONNEL, dans sa Thèse sur *l'étiologie dentaire des adénites cervico-faciales*, les a assez bien passées en revue. Ce sont :

- 1^o une écorchure infectée banale,
- 2^o les stomatites et les gingivites,
- 3^o les ulcérations tuberculeuses des muqueuses qui donnent au début une adénite banale,
- 4^o les néoplasmes buccaux qui donnent d'abord une adénite purement inflammatoire,
- 5^o les blessures des parties molles voisines par une canine ou une incisive latérale supérieures,
- 6^o les blessures des parties molles voisines par un appareil prothétique au niveau de la canine ou de l'incisive latérale supérieures,
- 7^o les gingivites d'origine tartrique, hydrargyrique ou saturnique,
- 8^o la pyorrhée, au niveau de l'incisive latérale et de la canine supérieures,
- 9^o Les pulpites qui, pour certains auteurs, sont considérées comme pouvant entraîner une adénite (car, pour eux, la pulpe contient des lymphatiques) et qui, pour d'autres auteurs, ne déclenchent une adénite que par l'intermédiaire de l'arthrite alvéolo-dentaire qu'elles engendrent (car la pulpe ne contiendrait pas de lymphatiques),
- 10^o la mortification soit d'une canine soit d'une incisive latérale supérieures avec arthrite alvéolo-dentaire.

Les observations d'adénites naso-géniennes inflammatoires aiguës ne manquent pas. Nous en multiplierons volontairement la reproduction ici, car nous y attachons une particulière importance en raison même des discussions qui se sont élevées à ce sujet.

OBSERVATION XIX

(In thèse de Lebedinsky. Paris 1928. Contribution à l'étude des adénites aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire).

Adénite naso-génienne.

M^{me} B..., ménagère, âgée de 52 ans, se présente à la Consultation de Stomatologie de l'Hôpital Cochin au mois de juillet 1920. M^{me} B... se plaint d'avoir au niveau de l'aile du nez un « bouton suintant » qui, malgré tous les traitements qui lui furent préconisés par différents médecins, ne cesse de couler depuis deux ans et demi, c'est-à-dire depuis 1918.

La malade se présente dans un bon état de santé générale. Le cœur, les pou-

mons, les reins sont normaux. La malade, mariée, a eu 4 enfants dont trois sont en bonne santé, le quatrième étant mort accidentellement. Antécédents héréditaires : rien à signaler ; collatéraux : pas davantage.

L'examen de la face indique, au-dessus et à 1 centimètre et demi de la partie inférieure de l'aile du nez, dans le pli naso-génien, un orifice acuminé, de consistance légèrement fibreuse, de couleur rouge, orifice laissant suinter du pus que l'expression de l'orifice fait sourdre avec une abondance relative. Le stylet révèle



Fig. 26. — Adénite naso-génienne.

(Dûe à l'extrême obligeance de M. le Dr Lebedinsky.)

L'existence d'une fistule se dirigeant de haut en bas vers la région canine. Le palper m'indique un cordon légèrement induré suivant un trajet analogue à celui qui me fut révélé par le stylet. La malade ne présente pas d'adénopathie sous maxillaire, la chaîne jugulaire est également indemne. A l'examen intra-buccal, je note l'absence au maxillaire inférieur de la dent de six ans à gauche ainsi que de la dent de sagesse à droite. Mais ce qui frappe surtout mon attention c'est l'état des dents de son maxillaire supérieur. La dent de six ans est cariée. La canine, mortifiée à la suite d'une dentinite profonde, n'existe qu'à l'état de chicot. Les incisives n'existent plus qu'à l'état de racines.

Éliminant de prime abord, en raison des antécédents de la malade, la possibilité d'une adénite fistulisée d'origine tuberculeuse, le diagnostic d'adénite du ganglion naso-génien d'origine dentaire s'impose au premier chef.

OBSERVATION XX

(In thèse de Lebedinsky. Paris 1928. Contribution à l'étude des adénites aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire).

Adénite naso-génienne.

M. C..., garçon de café, âgé de 27 ans, se présente le 16 juin 1921 dans le Service de Stomatologie de l'Hôpital Cochin. Il se plaint d'un bouton qui coule au niveau du nez depuis deux ans.

Examen du malade : général : le malade n'a pas connu ses parents. Personnellement en plus des maladies banales qu'il eut dans sa jeunesse (rougeole, scarlatine etc.), M. C... est syphilitique, mais sous l'effet d'un traitement qu'il suit à l'Hôpital Cochin, son Wassermann est négatif depuis deux ans.

L'examen de la face indique, au niveau du pli naso-génien droit, à deux centimètres au dessus du bord inférieur de l'aile du nez, la présence d'une grosseur que



Fig. 27. — Adénite naso-génienne

(Dûe à l'extrême obligeance de M. le Dr Lebedinsky.)

l'examen plus attentif révèle fistulisée, de couleur rougeâtre, indolore, entourée d'une zone légèrement indurée, laissant couler à la pression un pus jaunâtre. Il y a une légère adhérence avec les plans sous jacents et une bride partant de l'orifice fistulisé se dirige vers la lèvre supérieure.

L'examen de la bouche indique un système dentaire en assez bon état, abstraction faite des incisives centrale et latérale droites qui sont foncées et dont la couleur indique une mortification déjà ancienne. Pas de carie sur ces deux dents. En fait, il s'agit d'une mortification pulpaire « a retro », consécutive à un violent traumatisme sur cette région : un coup de bouteille qu'il reçut au cours d'une dispute et qui entraîna la section du paquet vasculo-nerveux de la dent, suivie de nécrose et infectée secondairement.

Diagnostic : éliminant les accidents syphilitiques ou tuberculeux dont les aspects différent, nous posons celui d'adénite génienne fistulisée, le ganglion atteint étant le ganglion naso-génien.

OBSERVATION XXI

(Personnelle).

Adénite naso-génienne.

M^{me} N... Rosalie, 44 ans, se présente à nous, le 4 novembre 1937, à la Consultation de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis, car elle s'est aperçue qu'elle avait une « grosseur » sur « le côté du nez ».

La malade présente un état général satisfaisant : les poumons et le cœur semblent doués d'un fonctionnement normal.

On ne trouve rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou pathologiques de la malade : ni tuberculose ni syphilis.

L'examen de la face nous montre une tuméfaction qui comble et déforme le sillon naso-génien gauche. Cette tuméfaction a le volume d'une amande dont la partie supérieure est à un centimètre environ au dessous de l'angle interne de l'œil et dont la partie inférieure est à un centimètre au dessus de la partie la plus externe de l'aile du nez. C'est une tuméfaction indolente, dure, roulant sous le doigt, non adhérente à la peau qui a conservé sa coloration normale, entourée d'une zone légèrement indurée.

L'examen facial plus approfondi nous montre qu'il s'agit d'une adénopathie bien isolée.

Nous pratiquons un examen endo-nasal qui est négatif et une diaphanoscopie également négative.

Quant à l'examen buccal, il nous permet de constater l'absence de l'incisive latérale supérieure gauche et la malade nous raconte l'historique suivante : « Il y a 2 mois environ, je souffrais un peu de cette dent et j'ai vu apparaître une grosseur sur le côté de mon nez, cette grosseur était comme un petit pois. Elle a progressivement augmenté de volume jusqu'au jour où je suis allée consulter un dentiste, il y a de cela quinze jours. Il m'a enlevé cette dent et, à partir de ce jour là, la grosseur a diminué ».

Voici donc une femme qui présentait depuis deux mois des douleurs dentaires et une tumeur naso-génienne situées du même côté. Cette tumeur a augmenté de volume jusqu'au jour où le chirurgien-dentiste ayant trouvé une incisive latérale supérieure malade en a pratiqué l'extraction.

A partir du jour de cette extraction, la tumeur a régressé et, le 4 novembre 1937, présente le volume d'une amande.

Nous revoyons la malade, dans le Service, successivement les 9 et 13 novembre 1937. Le 9 novembre, sans traitement spécial, la tumeur n'a plus que le volume d'une noisette ; le 13 novembre, celui d'un petit pois. Notons qu'une radiographie s'est montrée entièrement négative.

A quoi penser ? Si ce n'est à une adénite naso-génienne d'origine alvéolo-dentaire.

En dehors des causes alvéolo-dentaires, l'adénite naso-génienne peut reconnaître pour origine une affection de la sous-cloison comme le montre la très intéressante observation de RATEAU.

OBSERVATION XXII

(In revue de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie, 30 avril 1923. Contribution à l'étude de l'adénite génienne par M. RATEAU).

Adénite naso-génienne.

Il s'agit d'une adénite génienne du sillon naso-génien, d'une adénite naso-génienne. Sa symptomatologie a simulé l'ostéo-périostite du maxillaire supérieur ; son diagnostic étiologique fut délicat, car il s'agissait d'une origine cutanée difficile à préciser. Sa fistulisation a été inattendue. Le traitement a évité une cicatrice cutanée disgracieuse.

Le nommé X., 20 ans, se présente, porteur d'une tuméfaction au niveau de la région naso-génienne gauche. Cette tuméfaction de la grosseur d'une noix est dure, douloureuse, peu mobile et environnée d'un œdème périphérique remontant vers la paupière inférieure. La consistance est dure et égale sur toute la surface de la masse. A la palpation du vestibule buccal, au niveau de la fosse canine, on trouve la même masse dure et douloureuse qui fait une saillie convexe sous la muqueuse comme un abcès dentaire. Son fond est plaqué contre le maxillaire supérieur ; mais on sent, le long de son bord inférieur, un sinus peu profond qui prouve que la masse indurée n'est que tangente au périoste. Les dents incisives, canines et pré-molaires ne sont pas atteintes dans leur contexture, au moins extérieurement. Le malade dit n'en pas souffrir. Pas de tarte infectant. Ailleurs pas d'abcès ni de folliculite, ni d'éruption sur les téguments du nez et des joues. Du côté gauche, au niveau de la sous-cloison, à trois millimètres du rebord cutané, on aperçoit un peu de rougeur et une vascularisation ténue apparente, en somme un léger degré d'irritation comme après un fort rhumè. Le malade s'est gratté et écorché à ce niveau, il a un peu souffert en se mouchant. On sait que la lésion par coups d'ongle est fréquente à ce niveau et que les microtraumas ont une réelle importance en pathologie spéciale (conjonctive, pituitaire, muqueuse gingivale).

Aucun cordon de lymphite ne réunit la sous-cloison à la tuméfaction ; une distance de cinq centimètres les sépare. Le massif osseux environnant, orbitaire, malaire, sinuso-maxillaire est sain ; les cartilages du nez sont intacts.

Devant les dimensions de la tuméfaction, on pense à une origine bucco-dentaire. L'examen du vestibule est négatif. L'aspect des implantations dentaires ne permet pas de supposer une arthrite et l'état des dents écarte l'idée d'une pulpite ou d'une carie profonde. Il ne s'agit pas d'une fluxion simple, comme on en observe souvent à la face et à la mastoïde. On dirait cependant un bel abcès dentaire, quoique la consistance soit trop dure et trop limitée. On pense donc à une adénite génienne plus volumineuse qu'elle n'est décrite dans les Traités. Nous pratiquons une ouverture par le vestibule buccal ; du sang s'écoule, sans pus.

Quelques heures après, l'adénite ayant augmenté sensiblement, nous pénétrons dans la glande avec une pince de Péan et nous écartons ses mors pour mieux dilacérer les tissus qui résistent. Pas de pus, du sang. Nous conseillons des compresses chaudes et des bains de bouche. Le malade a 38°5 de température, des lourdeurs de tête et de l'inappétence.

Deux jours après, nous apercevons au niveau de la sous-cloison, là où régnait cette légère irritation, un petit point acuminé, blanchâtre. Nous perçons ce cratère minuscule, haut d'un millimètre ; du pus lié s'écoule. Nous pressons sur ce ganglion, il semble se vider par cet orifice. Pendant les heures qui suivent, le pus ganglionnaire sort régulièrement, les phénomènes régressent lentement. A la palpation on découvre cette fois un cordon net de lymphite, comme ceux que palpe le syphiligraphe à la racine du pénis dans le cas de chancre accompagné de ganglions inguinaux.

Le pus paraissant assez gêné par ce long détour, nous incisons la collection par le vestibule buccal comme la première fois.

Le pus s'écoule abondamment par la bouche. Le malade guérit en 5 jours. La fistule se ferme d'elle-même au niveau de la sous-cloison. Pas de fistulisation

vestibulaire. Le ganglion a fondu complètement. On ne retrouve ensuite plus rien à sa place.

La porte d'entrée de l'infection se trouvait certainement à la sous-cloison ; les micro-organismes avaient suivi le trajet des lymphatiques dans le sens normal, puis, à la suite d'une lymphangite rétrograde et d'une fistulisation au même point cutané, ils s'étaient frayé un chemin de sortie après avoir pullulé dans le ganglion intéressé.

Avant de clore le chapitre des adénites aiguës naso-géniennes, nous reproduirons une observation personnelle qui montrera les relations qui existent entre les excoriations de l'orifice narinaire et les adénites naso-géniennes.

OBSERVATION XXIII

(Personnelle).

Adénite naso-génienne.

L'enfant A... André, 2 ans et 4 mois, nous est amené, le 5 novembre 1937, à la Consultation de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis, parce que sa mère s'est aperçue qu'il présentait « une grosseur dans le côté gauche du nez ».

Le petit malade présente un état général satisfaisant ainsi que son frère jumeau dont il est accompagné.

L'examen de la face montre une tuméfaction qui boursouffle le sillon nasogénien gauche. Cette tuméfaction a le volume d'une petite noisette dont la limite supérieure est à un travers de doigt au-dessous de l'angle interne de l'œil et la limite inférieure à un travers de doigt au-dessus de la partie la plus externe de l'aile du nez.

Il s'agit d'une masse arrondie, légèrement douloureuse, dure, roulant sous le doigt, non adhérente aux plans profonds, non adhérente à la peau dont la coloration est un peu rosée par rapport à la peau environnante, entourée d'une petite zone d'induration.

Il s'agit d'une adénopathie bien isolée car nulle part on ne trouve aucune autre hypertrophie ganglionnaire.

L'examen buccal montre une dentition normale, en rapport avec l'âge de l'enfant. Mais l'examen nasal nous révèle la présence d'une petite excoriation, longue d'environ 2 millimètres, siégeant à la partie la plus externe de l'orifice narinaire gauche, à cheval en dedans sur la muqueuse et en dehors sur la peau. La mère, interrogée au sujet de cette excoriation, précise qu'elle est apparue il y a une semaine environ, mais ne peut apporter aucune précision quant à son origine.

Nous portons donc le diagnostic d'adénopathie naso-génienne en rapport avec une excoriation de l'orifice narinaire (de cause inconnue mais probablement coup d'ongle ?)

Comme traitement, nous pratiquons un nettoyage de l'excoriation à la teinture d'iode et nous prescrivons l'application matin et soir d'une pommade cicatrisante sur l'excoriation.

L'enfant nous est ramené le 8 novembre : l'excoriation est maintenant cicatrisée, l'adénopathie en voie de régression.

Nous le revoyons le 12 novembre entièrement guéri.

B. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES

Les inflammations chroniques du ganglion naso-génien doivent être rangées en quatre catégories :

Les adénites chroniques banales,

Les adénites tuberculeuses,

Les adénites syphilitiques,

Les adénites néoplasiques.

1. LES ADÉNITES CHRONIQUES BANALES

Il conviendrait de ranger sous cette dénomination tous les cas d'adénite naso-génienne chronique qui ne relèvent ni de la tuberculose ni de la syphilis ni du cancer et qui seraient dûs simplement à des « irritations répétées » des lymphatiques afférents du ganglion naso-génien.

Nous n'insisterons pas sur cette variété d'adénite dont nous n'avons pu trouver d'observation et que personnellement nous n'avons jamais rencontrée.

2. LES ADÉNITES TUBERCULEUSES

La plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer que la tuberculose ganglionnaire est secondaire à une adénite aiguë banale, l'inflammation aiguë « faisant le lit à la tuberculose ».

C'est le cas pour les adénites du ganglion naso-génien dûes à une ulcération tuberculeuse des muqueuses.

En dehors de cette pathogénie, l'adénite naso-génienne tuberculeuse reconnaît une cause encore très discutée : la pénétration des bacilles de Koch au niveau d'une carie dentaire. Le bacille de Koch se comporterait alors comme un germe banal. La mortification de la dent aurait créé une arthrite alvéolo-dentaire ; les germes banaux qui auraient suivi la voie lymphatique auraient créé une adénite inflammatoire banale ; les bacilles de Koch auraient ensuite envahi le foyer dentaire et tuberculiserait secondairement le ganglion naso-génien.

Nous ne trancherons pas cette question encore dans le doute, mais nous reproduirons, sous toutes réserves, l'observation suivante que FRITEAU a fait paraître dans *l'Odontologie* du 29 février 1904.

OBSERVATION XXIV

(FRITEAU, in l'*Odontologie*, 29 février 1904).

Adénite tuberculeuse naso-génienne (?)

M. X..., 32 ans, sans profession, célibataire, se présente à ma consultation pour une arthrite alvéolo-dentaire consécutive à une carie du quatrième degré, occupant la face postérieure, de la première pré-molaire supérieure droite. Ce malade présente des antécédents tuberculeux très nets : sa mère est morte à 37 ans de tuberculose pulmonaire ; un de ses frères est mort en bas âge de méningite et sa sœur est atteinte d'une tumeur blanche du genou qui est ankylosé. Le faciès de ce malade est celui d'un strumeux : ses lèvres sont épaisses, sa bouche est constamment entr'ouverte et ses ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont hypertrophiés. L'arthrite alvéolo-dentaire pour laquelle il vient me consulter a d'ailleurs cédé très rapidement au nettoyage de la cavité cariée et à l'antisepsie des canaux par des lavages à l'eau oxygénée. Mais au cours de ce traitement le malade a appelé mon attention sur la présence d'une petite tuméfaction douloureuse située à la partie supérieure du sillon naso-génien droit. Cette tuméfaction a le volume d'une noisette, elle est dure, elle roule sous le doigt et donne au doigt qui la palpe la sensation très connue que fournit un ganglion hypertrophié ; il n'y a pas de rougeur de la peau qui est mobile sur la tuméfaction. Malgré la rareté du fait clinique, je portais aussitôt le diagnostic d'adénite génienne secondaire à une arthrite alvéolo-dentaire. Cette adénite a d'ailleurs cédé à quelques pansements humides appliqués sur la joue et surtout à la désinfection de la dent, cause initiale de l'affection ganglionnaire. Peut être la poussée inflammatoire de ce ganglion fut-elle favorisée chez ce malade par l'imprégnation tuberculeuse qui semblait avoir envahi une grande partie de son système lymphatique.

3. LES ADÉNITES SYPHILITQUES

L'adénite syphilitique du ganglion naso-génien n'a jamais été observée.

Toutefois, nous croyons utile de rappeler sa possibilité. Etant donné que CAPETTE LAPLÈNE, dans sa Thèse, a montré la possibilité et l'existence d'une adénite syphilitique du ganglion infra-maxillaire (observation IX de la thèse de CAPETTE LAPLÈNE), il y a tout lieu de penser que n'importe quel autre ganglion génien peut être atteint par la syphilis.

4. LES ADÉNITES NÉOPLASIQUES

Nous n'avons pas en notre possession d'observation à ce sujet. Toutefois nous pensons devoir insister sur la possibilité d'une adénite néoplasique naso-génienne par exemple dans un épithélioma de la lèvre supérieure.

LENORMAND, dans un article de la *Presse médicale* du 1^{er} juin 1931, écrit à ce sujet :

« L'adénite cancéreuse génienne (il ne parle pas de l'adénite naso-génienne) serait assez fréquente au dire des auteurs allemands et TRENDÉL en a réuni vingt-cinq cas observés dans des cancers de la face, du nez, des lèvres... »

« Pour ma part, je n'en ai pas vu un seul cas bien que j'aie recherché systématiquement des ganglions génien chez les nombreux malades, atteints de cancer de la face ou des lèvres, que j'ai eu à traiter à l'Hôpital Saint-Louis. »

Nous pensons donc, comme LENORMAND, que, bien que n'ayant jamais observé d'adénite naso-génienne d'origine cancéreuse, il ne faut jamais manquer de rechercher, à son exemple, le ganglion naso-génien, dans toutes les cures chirurgicales de néoplasmes qui intéressent la région drainée par les afférents de ce ganglion.

C. — TUMEURS PRIMITIVES

Les néoplasmes primitifs ganglionnaires sont relativement rares. Ils peuvent être rangés, comme l'a montré LECÈNE, en trois catégories :

- Les lymphadénomes,
- Les lymphosarcomes,
- Les sarcomes ganglionnaires.

1. LES LYMPHADÉNOMES

Les lymphadénomes sont constitués par du tissu réticulé et des lymphocytes. Ce sont ces lymphadénomes auxquels RIBBERT donnait le nom de lymphocytomes.

Ces lymphadénomes doivent être classés en deux ordres :

- Les lymphadénomes leucémiques,
- Les lymphadénomes aleucémiques.

a) Les lymphadénomes leucémiques.

Cette forme sort du domaine de ce travail car elle s'accompagne d'une leucémie et, de ce fait, est plus une affection médicale qu'une affection chirurgicale et les auteurs sont d'accord pour en rejeter la cure chirurgicale. D'autre part, ce n'est pas une maladie qui peut frapper isolément le ganglion naso-génien.

b) Les lymphadénomes aleucémiques.

Ils sont encore appelés adénie de TROUSSEAU, maladie de HODGKIN, pseudo-leucémie, lymphome malin.

Là encore, il s'agit d'une affection générale qui frappe non pas un ganglion isolé mais tout un groupe ganglionnaire voire même plusieurs groupes ganglionnaires.

Toutefois nous croyons devoir rappeler qu'il nous a été donné d'observer dans le Service de M. le Dr DUVOIR à l'Hôpital Saint-Louis un malade atteint d'une maladie de Hodgkin et qui présentait une hypertrophie très nette du ganglion naso-génien avec hypertrophie concomitante de tous les groupes ganglionnaires cervico-faciaux.

2. LES LYMPHOSARCOMES

Les lymphosarcomes sont constitués par un réticulum et des cellules atypiques.

3. LES SARCOMES GANGLIONNAIRES

Les sarcomes ganglionnaires ne contiennent pas de tissu réticulé.

Lymphosarcome et sarcome ganglionnaire, qu'il est possible de différencier au point de vue anatomo-pathologique, sont deux affections ganglionnaires indifférenciables au point de vue clinique.

Nous n'en connaissons du reste pas d'exemple au niveau du ganglion naso-génien. Rappelons simplement que leur siège de prédilection se trouve sur les ganglions cervicaux, axillaires ou inguinaux.

III. — AFFECTIONS DES VAISSEAUX

Nous aurons à envisager sous ce titre les affections de :

L'artère faciale,

La veine faciale,

Les lymphatiques,

Les capillaires.

A. — AFFECTIONS DE L'ARTÈRE FACIALE

En dehors des traumatismes artériels que nous passerons sous silence, la pathologie chirurgicale dans le domaine artériel présente à étudier trois sortes d'affections :

Les anévrysmes artériels,
Les anévrysmes artérioso-veineux,
Les anévrysmes cirsoïdes.

1. LES ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

DELBET a défini l'anévrysme artériel comme une poche formée par les parois altérées de l'artère et dont la cavité pleine de sang communique avec la lumière du vaisseau.

Nous pensons que cette affection est tout à fait exceptionnelle au niveau de l'artère faciale. C'est ainsi que NAVEAU dans sa Thèse, sur 39 observations, apporte deux exemples d'anévrysmes de la temporale superficielle mais n'en apporte aucun de la faciale.

Toutefois il ne faut pas considérer, pour cela, que l'anévrysme de la faciale, n'existe jamais puisque, dans le chapitre des anévrysmes de la face et de la tête du *Nouveau Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET, DELBET et MOCQUOT écrivent :

« Ces anévrysmes sont rares et n'ont pas grande importance. Ils « siègent le plus souvent sur l'occipitale ou la temporale. Ceux de « la maxillaire interne sont habituellement d'origine traumatique. « Mais on en a rencontré sur toutes les autres artères de ces régions : « la faciale, la coronaire labiale, les diverses branches de la tem- « porale. »

Et, un peu plus loin :

« O. WEBER signale la possibilité de confondre un ganglion sou- « levé par l'artère faciale avec un anévrysme. »

2. LES ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX

L'anévrysme artérioso-veineux peut être défini comme l'existence d'une communication permanente entre une artère et une veine.

BROCA avait donné à cet anévrysme le nom de phlébartérie quand l'anévrysme ne comporte pas de sac.

Dans un stade plus avancé, il existe un sac anévrysmal qui peut siéger soit entre l'artère et la veine, soit sur l'artère, soit, le plus souvent, sur la veine.

Presque toujours, les anévrysmes artérioso-veineux reconnaissent une origine traumatique : « les guerres avec la saignée sont les deux grands producteurs d'anévrysmes artério-veineux » écrit GRÉGOIRE dans son Livre sur les *Anévrysmes artério-veineux*.

Or, nous nous sommes demandé si, étant donné le grand nombre

de plaies faciales qui ont pu être observées au cours de la dernière Grande Guerre, l'anévrysme artérioso-veineux facio-facial avait été signalé. Nulle part nous n'en avons trouvé d'exemple et pourtant nous sommes persuadé qu'il existe car, si nous faisons à nouveau appel à DELBET et MOCQUOT, nous trouvons dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET la phrase suivante : « dans la statistique de l'un de nous il y avait 11 anévrysmes artério-veineux de la temporale superficielle, un de l'occipitale et deux de la faciale. »

3. LES ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

Nous emprunterons la définition de l'anévrysme cirsoïde à LECÈNE qui écrit :

« L'anévrysme cirsoïde est constitué par une dilatation avec allongement des troncs, rameaux et ramuscules d'un ou de plusieurs départements artériels et veineux, résultant d'une communication anormale et facile entre le système artériel et le système veineux. »

De leur côté, DELBET et MOCQUOT pensent que l'anévrysme cirsoïde est une affection « essentiellement caractérisée par les communications anormales et faciles se faisant entre le système artériel et le système veineux, au niveau des capillaires ou des ramuscules vasculaires. »

Ces auteurs ajoutent que les anévrysmes cirsoïdes sont très voisins des anévrysmes artérioso-veineux et des angiomes et qu'ils sont une sorte d'intermédiaire entre les deux.

Là encore, nous n'avons pu trouver d'exemple et cela ne nous étonne guère, car les anévrysmes naso-géniens vrais (c'est-à-dire ceux qui ne sont pas des angiomes ou qui ne sont pas considérés comme tels), doivent être extrêmement rares ; et cette idée semble confirmée par cette phrase de MOCQUOT et DELBET : « à la tête, il (l'anévrysme cirsoïde) siège le plus souvent, dans les parties molles qui recouvrent le crâne, parfois dans la région de l'oreille, parfois aussi à la face, au niveau des joues et des lèvres. »

B. — AFFECTIONS DE LA VEINE FACIALE

La pathologie de la veine faciale, dans son trajet naso-génien, nous conduira à l'étude :

Des phlébites,

Des varices.

1. LES PHLÉBITES

Le chapitre des phlébites de la veine faciale est un des chapitres les plus intéressants de la pathologie faciale que nous n'avons fait qu'effleurer quand nous avons étudié les furoncles et anthrax du sillon naso-génien.

Nous ne ferons à peine que l'aborder ici car son étude dépasserait de beaucoup les limites de ce travail.

Qu'il nous suffise de savoir que la phlébite est « l'expression d'une infection plus ou moins intense de la paroi veineuse. »

Nous avons passé l'ère des phlébitis par inoculation locale qui, jadis, furent tant redoutées des médecins ; mais, si l'asepsie chirurgicale et l'antisepsie ont pu venir à bout de cette première forme, il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle nous assistons encore trop fréquemment au déclenchement des phlébitis par propagation directe dans lesquelles les germes qui envahissent la veine viennent d'un foyer inflammatoire voisin.

Et, c'est le cas pour la veine faciale dont la majorité des phlébitis trouve son explication dans la présence d'un furoncle ou d'un anthrax de la face.

Nous ne pensons pas devoir donner d'exemple de ces phlébitis de la veine faciale : ils sont légion et il n'est pas de médecin ou de chirurgien dont ils ne hantent le pronostic.

2. LES VARICES

BRIQUET et ALIBERT avaient donné aux varices le nom de phlébectasies.

Ce sont des « dilatations permanentes des veines, résultant principalement d'une altération de leurs parois ».

Nous ignorions complètement l'existence de ces dilatations veineuses au niveau de la faciale dans son trajet naso-génien jusqu'au jour où il nous fut donné d'en observer un cas dans le Service de Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis. Nous en reproduisons ci-dessous l'observation succincte.

OBSERVATION XXV

Inédite (dûe à l'extrême obligeance de M. le Docteur FOUQUET).

Phlébectasie naso-génienne.

M. C... Edgard, 48 ans, jardinier, se présente à nous le 17 juin 1937 ; il est

porteur d'une tumeur dans le sillon naso-génien depuis l'âge de 4 ans. Cette tumeur augmente progressivement de volume. Tout effort imposé au malade est une cause d'augmentation de volume ainsi que l'inclinaison de la tête. On pratique une incision dans le sillon naso-génien et on met à nu la veine faciale. On constate alors qu'il s'agit d'une dilatation de cette veine : véritable phlébectasie siégeant à un demi centimètre environ au dessous du confluent de la veine faciale et de la veine de l'aile du nez. On pratique une diathermo-coagulation bipolaire à ce niveau.

Huit jours après, l'escarre est libérée ; la tumeur a disparu.

C. — AFFECTIONS DES LYMPHATIQUES

Les lymphatiques peuvent être le siège :
soit de lymphangite,
soit de lymphangiectasies,
que nous passerons maintenant en revue.

1. LES LYMPHANGITES

La lymphangite est l'inflammation soit des troncs, soit des réseaux lymphatiques d'où la distinction entre lymphangite tronculaire et lymphangite réticulaire. Seule, cette dernière nous intéresse car le sillon naso-génien n'est pas le siège de troncs lymphatiques importants.

La lymphangite reconnaît pour cause la pénétration dans les réseaux d'un microbe virulent ; c'est dire que les lymphangites naso-géniennes ont pour origine toutes les affections de voisinage susceptibles de faire pénétrer des germes dans le système lymphatique naso-génien : depuis la plaie, le furoncle et l'anthrax jusqu'à l'arthrite alvéolo-dentaire de la canine et de l'incisive latérale supérieures. La topographie des affections en cause est la même que celle des affections qui sont le point de départ de l'adénite naso-génienne ; c'est-à-dire : aile du nez, lèvre supérieure, gencive en regard de l'incisive latérale et de la canine supérieures, sous cloison.

Nous ne donnons pas d'observation de lymphangite naso-génienne, c'est une affection connue de tous à laquelle il ne convient pas d'attacher une importance excessive.

2. LES LYMPHANGIECTASIES

C'est une affection connue depuis relativement peu de temps puisque ce n'est qu'en 1867 qu'elle fut mise au point par ANGER, élève de NÉLATON.

C'est plus une maladie exotique et parasitaire qu'une maladie courante. Observée sur des sujets n'ayant jamais quitté l'Europe, elle devient une véritable rareté.

C'est une dilatation acquise des troncs et des réseaux lymphatiques provoquée par la filaire du sang : *Wuchereria Bancrofti* ou filaire de Bancroft, transmise à l'homme par certains moustiques appartenant aux genres *Culex*, *Stégomia* et *Anopheles*, ressemblant à l'éléphantiasis, revêtant deux formes soit l'adéno-lymphocèle, soit la varice lymphatique et n'intéressant jamais le sillon naso-génien.

D. — AFFECTIONS DES CAPILLAIRES

L'étude des naevi vasculaires et des angiomes nous a fourni, plus haut, l'occasion de faire la pathologie des capillaires. Nous n'y reviendrons donc pas ici.

IV. — AFFECTIONS DU SQUELETTE
SOUS-JACENT ET DES DENTS

Comme nous l'avons vu dans le rappel anatomique, le squelette sous-jacent au sillon naso-génien est composé, pour une grande partie, par l'os maxillaire supérieur ; pour une petite partie, par l'os nasal.

Nous éliminerons délibérément toutes les affections traumatiques de ces os, telles que fractures et traumatismes par projectiles, qui dépasseraient de beaucoup le cadre de ce travail.

Il nous restera donc à étudier :

Les lésions inflammatoires,

Les tumeurs bénignes,

Les tumeurs malignes,

Les ostéopathies fibreuses,

Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire.

A. — LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les lésions inflammatoires des os méritent le nom d'ostéite, l'ostéite étant, dans son sens exact, l'inflammation du tissu osseux. C'est GERDY qui, en 1836, créa ce mot par lequel il faut entendre les maladies du tissu osseux dont la cause peut-être dûe soit à un agent infectieux, soit un agent parasitaire, soit à un agent chimique, soit à un agent physique.

Cette définition même nous amène donc à l'étude de quatre sortes d'ostéite :

- Les ostéites microbiennes à agents infectieux spécifiques,
- Les ostéites parasitaires,
- Les ostéites chimiques,
- Les ostéites provoquées par les agents physiques.

1. LES OSTÉITES MICROBIENNES A AGENTS INFECTIEUX SPÉCIFIQUES

Les ostéites microbiennes à agents infectieux spécifiques sont représentées par :

- Les ostéophlegmons,
- Les ostéomyélites,
- Les ostéotuberculoses,
- Les ostéosyphilis,
- Le pian.

a) Les ostéophlegmons.

L'ostéophlegmon a été très bien décrit par RUPPE dans la *Séméologie des affections de la Bouche et des Dents* :

« La monoarthrite apicale a donné naissance à du pus. Si cet abcès ne se vide ni par le canal radiculaire, ni par la voie ligamentaire, le pus chemine à travers l'os... »

Il se forme alors un ostéophlegmon que l'on pourrait encore appeler abcès sous-périosté d'origine dentaire.

Comme on peut s'en rendre compte, c'est uniquement par souci de classification que nous avons rangé l'ostéophlegmon dans le chapitre des ostéites, puisqu'il ne mérite nullement le nom d'ostéite étant

donné que l'os lui-même ne prend aucune part à la lésion et qu'il n'est pas directement intéressé.

Cet ostéophlegmon vient se collecter sous le périoste de la branche montante du maxillaire supérieur et, par conséquent, vient tuméfier le sillon naso-génien dans des circonstances extrêmement précises et toujours identiques à elles-mêmes : chaque fois que la monoarthrite apicale en cause siège à la canine supérieure.

S'il faut en croire TRUFFERT, il y a alors au niveau de l'os une série d'abcès localisés dans les logettes médullaires, sur le trajet qui va de l'alvéole au périoste.

Non seulement cet ostéophlegmon vient combler le sillon naso-génien, du fait de la déformation osseuse ; mais une cellulite concomitante, vulgairement appelée « fluxion » vient encore s'ajouter et augmenter, du fait même, la tuméfaction naso-génienne.

Non seulement l'ostéophlegmon et la cellulite qu'il engendre viennent combler le sillon naso-génien, mais encore l'ostéophlegmon peut être le responsable d'une fistule qui vient s'ouvrir à la peau du sillon. Ce sont toujours les fistules de la canine supérieure qui viennent s'ouvrir dans le sillon naso-génien au dessous de l'angle interne de l'œil. Il ne faudra pas confondre cette fistule avec la fistule lacrymale qui survient au cours de certaines dacryocystites et qui siège au-dessus du tendon direct du muscle orbiculaire des paupières, alors que la fistule de la canine supérieure siège toujours à un demi-centimètre au moins au-dessous de l'angle interne de l'œil.

Nous voyons donc que la canine, dans un premier temps atteinte de monoarthrite apicale, peut être, dans un deuxième temps, à l'origine d'une tuméfaction naso-génienne par ostéophlegmon et, dans un troisième temps, quand l'ostéophlegmon cherche une issue externe, être la cause d'une fistule à la peau du sillon naso-génien.

Nous donnerons un exemple d'ostéophlegmon qu'il nous a été permis d'observer personnellement.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle).

Ostéophlegmon naso-génien.

M. X..., 30 ans environ, se présente, à la consultation du Docteur L..., que nous remplaçons à ce moment. Il se plaint de violentes douleurs faciales et dentaires ainsi que d'une tuméfaction naso-génienne. Les douleurs au niveau de la dent ont commencé il y a une dizaine de jours ; quant aux douleurs faciales, elles ne sont apparues que depuis deux jours.

À l'examen de la face, on constate une tuméfaction qui occupe le sillon naso-génien gauche et qui empiète un peu sur la joue gauche. Elle remonte jusqu'à l'angle interne de l'œil, la paupière inférieure est légèrement oedématiée. La peau a pris une coloration rosée qui contraste avec le teint, habituellement pâle, du malade. Le maximum d'intensité de cette coloration se trouve au niveau du sillon naso-génien, à un centimètre environ de la partie la plus externe de l'aile du nez. La palpation est extrêmement douloureuse. Elle ne révèle pas de sensation de fluctuation.

L'examen endo-nasal, que nous pratiquons avec le plus de douceur possible, ne nous révèle qu'une déviation du septum nasal n'ayant aucune relation avec les phénomènes actuels. Les cornets inférieur et moyen sont normaux.

L'examen buccal nous montre une dentition en mauvais état et, notamment, une carie au niveau de la canine supérieure gauche. Cette dent est extrêmement sensible au choc et la douleur, à ce niveau, a interdit toute alimentation au malade depuis la veille. En regard de cette même dent, le sillon gingivo-jugal est comblé.

Le malade n'a pas pris sa température.

Etant donné les résultats de cet examen, nous faisons admettre le malade à l'Hôpital de C...

Sous anesthésie générale au mélange de SCHLEICH, nous pratiquons l'avulsion de la canine supérieure gauche. Nous curettions prudemment l'alvéole et, avec une sonde ténotome de SCHWARTZE, nous explorons doucement la cavité alvéolaire : nous tombons sur un point nécrosé au niveau de la paroi antérieure de l'alvéole ; ce point s'effondre sous la seule pression de l'instrument et la sonde pénètre dans une cavité purulente qui commence à se vider par cet orifice.

Le soir, le malade accuse une température de 39°7 qui descend, le lendemain matin, à 37°5.

De jour en jour, au fur et à mesure que l'évacuation se produit, nous assistons à la régression des phénomènes de tuméfaction. Le dixième jour, la malade quitte l'Hôpital, complètement guéri.

b) L'ostéomyélite.

Avant tout, il convient de s'entendre sur le terme d'ostéomyélite.

Certains auteurs décrivent l'ostéomyélite comme une lésion infectieuse des os, d'origine habituellement staphylococcique, ce qui permit à PASTEUR de lui donner le nom de « furoncle de l'os », prédominant au niveau de la moelle osseuse et aboutissant à la suppuration. Dans ce cas, le siège initial est la région juxta-épiphysaire des os longs qui constitue, pendant la croissance, un lieu de moindre résistance où se développent de préférence, et parfois à la faveur d'un traumatisme, les microbes apportés par voie sanguine.

C'est cette conception que semble en avoir M. le Professeur agrégé PHILIBERT quand il écrit, dans son *Précis de Bactériologie médicale* :

« Le staphylocoque peut passer dans le sang et déterminer des « septicémies... Chez l'adolescent de 10 à 17 ans la septicémie se « localise sur les os, réalisant l'ostéomyélite. »

Si l'on admet cette conception de l'ostéomyélite, il faut alors convenir que, déjà rare à la mandibule, elle est tout à fait exceptionnelle

au maxillaire supérieur et, dans ce cas, elle coexiste avec d'autres localisations ostéomyélitiques.

Pour d'autres auteurs, l'ostéomyélite semble n'être que l'inflammation de l'os d'origine infectieuse : tout simplement l'ostéite.

C'est bien cette dernière conception que semblent en avoir LANNELONGUE et ACHARD quand TIXIER et PATEL écrivent :

« LANNELONGUE et ACHARD, dans une série, de recherches microbiologiques, montrèrent qu'à côté du staphylococcus aureus, agent le plus ordinaire de l'ostéomyélite, il faut considérer l'albus, le citreus, le streptocoque pyogène, le pneumocoque, le bacille d'Eberth comme capables de produire la maladie. »

LENORMAND semble avoir parfaitement bien vu cette divergence d'opinion puisqu'il écrit :

« La fréquence de l'ostéomyélite des mâchoires a été appréciée très différemment par les auteurs et tous ne sont pas d'accord sur les cas qu'il faut ranger sous cette dénomination. Si on limite l'ostéomyélite des maxillaires aux seuls cas survenant en même temps que d'autres localisations ostéomyélitiques, au cours d'une infection générale et sans porte d'entrée au niveau des maxillaires ou des dents, l'affection est des plus rares : la statistique de FRÖHNER, qui porte sur 545 cas d'ostéomyélite avec 661 localisations, ne renferme que deux exemples d'ostéomyélite des mâchoires. DEPENDORF n'en a relevé que 30 cas dans la littérature. »

« Mais si, donnant au terme d'ostéomyélite un sens moins strict, on l'applique à toute inflammation franche, aiguë du tissu osseux, la maladie devient fréquente... »

Personnellement, nous conserverons ce deuxième sens au mot ostéomyélite. Car, s'il est moins précis, il nous semble être devenu classique.

Prise dans ce sens, l'ostéomyélite du maxillaire supérieur semble reconnaître pour cause la plus fréquente des lésions dentaires et, notamment, la carie dentaire. C'est ce qui permet à RUPPE d'écrire :

« La pathologie inflammatoire de la mâchoire supérieure est dominée par les infections d'origine dentaire. »

C'est ce qu'ont également bien démontré MM. ALONSO et ROGGLIA, dans un article récemment paru dans la *Revue de Laryngologie* dans lequel ils ont passé en revue les différents phénomènes capables de déclancher une ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur : ils ont montré que, pour une part considérable, ce sont les affections dentaires qui interviennent :

- 1^o les caries dentaires produisant une monoarthrite,
- 2^o les ulcérations de la muqueuse qui sont une cause rare,
- 3^o la pyorrhée qui est également une cause rare,
- 4^o l'obturation d'un canal dentaire sans désinfection préalable suffisante,
- 5^o les infections dentaires non drainées,
- 6^o les petits traumatismes répétés (c'est une cause rare s'observant chez les tailleurs et les couturières qui traumatisent leurs dents en s'en servant pour couper les fils),
- 7^o L'avulsion d'une dent avec obturation par le caillot d'une alvéole infectée.

En résumé, la grande cause d'ostéomyélite réside dans la monoarthrite apicale suppurée. Mais, pour que cette monoarthrite, au lieu de déclencher un ostéophlegmon comme nous l'avons montré précédemment, soit capable de déclencher une ostéomyélite, il faut que l'infection diffuse dans le maxillaire et touche la moelle osseuse. Ce n'est qu'au prix de conditions spéciales qu'elle peut le faire : soit hypervirulence du germe pathogène en cause, soit hyporésistance du milieu local ou de l'état général. C'est l'hypervirulence du germe pathogène qui, le plus souvent dominera dans l'ostéomyélite de l'adulte et c'est l'hyporésistance du milieu local ou de l'état général qui interviendra dans l'ostéomyélite du nourrisson.

L'OSTÉOMYÉLITE DE L'ADULTE

Non seulement il y a suppuration (cette suppuration pouvant, comme dans l'ostéophlegmon, tuméfier le sillon naso-génien et s'y creuser une issue quand l'ostéomyélite a pour point de départ une monoarthrite apicale de la canine supérieure) mais encore il y a nécrose osseuse et le séquestre peut être constitué par une grande partie de la branche montante du maxillaire supérieur parfois même par la totalité de cette branche montante.

Cette ostéomyélite peut être plus ou moins étendue, depuis l'ostéomyélite localisée au rebord alvéolaire et n'intéressant donc pas le sillon naso-génien jusqu'à la panostéite de WASSMUND, dépassant alors de beaucoup les limites du sillon.

OBSERVATION XXVII

(In *revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, juin 1937, p. 636. L'ostéomyélite aiguë des maxillaires par MM. ALONSO et ROGLIA).

Ostéomyélite intéressant le sillon naso-génien.

M... (E. G.), 15 ans, le 6 août 1935, présente, après un état grippal, une douleur faciale et frontale à droite, avec obstruction et écoulement nasal. Malgré le traitement médical courant, l'état s'aggrave ; la face s'œdématie, l'œil est fermé presque tout à fait par l'œdème ; il est nécessaire d'inciser un abcès sous-orbitaire et un autre sus-orbitaire, qui sont drainés. Ensuite se produit un abcès de la cloison.

Le 30 août l'état général est bon. On pratique une ponction du sinus avec lavage. Puis il est nécessaire d'inciser un phlegmon de la joue sous lequel existait une zone d'ostéite. L'état de la malade s'améliore, et, un mois après, on lui fait l'opération de Cadwell-Luc.

L'OSTÉOMYÉLITE DU NOURRISSON

C'est l'état général qui domine la scène comme nous l'avons montré plus haut et comme semble le prouver l'observation suivante :

OBSERVATION XXVIII

(In *thèse de Leblanc*. Bordeaux 1924. L'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur).

Ostéomyélite intéressant le sillon naso-génien.

S... Charles, 25 jours, antécédents héréditaires : rien à signaler. Nourri au sein, mais sa mère présente des crevasses au sein gauche et, trois jours après la naissance, le 18 janvier 1902, survient une lymphangite superficielle. L'enfant qui se portait bien jusque-là, alimenté avec le sein droit, dépérit.

Vingt janvier : un médecin appelé constate trois dents à la machoire supérieure droite dont une canine qu'il enlève, les deux autres tombent spontanément le même jour. Le lendemain, gonflement diffus au niveau du sillon naso-génien droit, l'enfant respire difficilement par le nez. Injections nasales et lavages de bouche.

10 février : consultation de Broca ; peu de renseignements précis. A ce moment la mère guérie, l'enfant tête les deux seins. Enfant cachectique, pâle, mal tenu. Tuméfaction de l'angle naso-génien droit, un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil ; peau de coloration normale à ce niveau. La pression paraît être douloureuse. Un peu au-dessus du rebord alvéolaire orifice fistuleux, gros comme une lentille auquel fait suite un canal oblique en haut et en dedans. Donne une sérosité louche surtout à la pression de la tuméfaction naso-génienne ; la même pression fait sortir du muco-pus épais, par la narine droite. Gencive rouge et tuméfiée autour de la fistule. L'os ne paraît pas présenter de lésion appréciable. Collection nettement fluctuante de la voûte palatine qui atteint le rebord membraneux en arrière. Sang épais et visqueux à l'incision. Le stylet introduit tombe sur le maxillaire qui ne paraît pas nécrosé. Pansements humides, lavages de bouche. Mort deux jours après.

c) Les ostéotuberculoses.

Dans son *Précis de Chirurgie Infantile*, à propos de la tuberculose osseuse, KIRMISSON écrit :

« Les os courts comme les vertèbres, les petits os du carpe et du tarse ; les os plats comme les os du crâne, l'os iliaque, les os de la face, les côtes, le sternum sont souvent atteints. »

On serait donc tenter, par cette phrase, de croire que l'ostéotuberculose de l'apophyse montante du maxillaire supérieur est fréquente.

Mais CŒUILLEZ, dans sa Thèse, corrige cette déduction en montrant que, parmi les os de la face, c'est le malaire qui est le plus souvent atteint par la tuberculose. Quant aux maxillaires, CŒUILLEZ montre également que la tuberculose ne touche presque jamais le maxillaire inférieur et que, si elle atteint parfois le maxillaire supérieur, ce n'est que rarement.

D'un autre côté, LENORMAND écrit, à propos des maladies de la face :

« Outre les localisations tuberculeuses portant sur les parties molles, on observe assez souvent, chez l'enfant, des tuberculoses osseuses de la face avec production d'abcès et de fistules : le rebord orbitaire, le malaire, les os propres du nez et l'apophyse montante du maxillaire peuvent en être le siège. »

La rareté de l'ostéotuberculose de l'apophyse montante du maxillaire supérieur nous paraît pouvoir être expliquée de la façon suivante : l'ostéotuberculose est l'inflammation du tissu osseux, déterminée par le bacille de Koch. Dans le tissu osseux, le milieu le plus favorable au développement du bacille de Koch est formé par les parties spongieuses. Or, le maxillaire supérieur n'est guère riche en tissu spongieux et, n'intéressant que les régions qui en contiennent le plus, la tuberculose siègera, le plus souvent, dans la portion alvéolaire de l'os.

Cette tuberculose du maxillaire pourra être primitive ou secondaire : primitive, elle est la première et la seule manifestation de l'infection tuberculeuse chez un individu sain ; secondaire, elle pourra être conçue de deux manières différentes : ou bien elle se produit chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire, laryngée ou viscérale, ou bien le bacille de Koch envahit secondairement une lésion primitivement non spécifique, par exemple : une carie dentaire avec péri-odontite, une ulcération gingivale. Dans ce cas si la carie primitive siège sur la canine supérieure, les couches osseuses superficielles de l'apophyse

montante du maxillaire supérieur peuvent se nécroser, pouvant amener ainsi des modifications dans l'aspect du sillon naso-génien. Notons enfin que l'évolution de cette nécrose se fera fréquemment vers la fistulisation : le gonflement naso-génien augmentera ; la suppuration peu abondante, formée d'un pus mal lié, grumeleux, se fera jour par une fistule dont l'orifice pourra siéger dans le sillon naso-génien.

L'ostéotuberculose du squelette sous-jacent au sillon naso-génien sera une ostéite raréfiante, à marche lente et progressive, qui amènera la fonte caséuse de l'os mais qui ne déterminera pas de grosse réaction de voisinage.

Nous n'avons pu trouver ni dans la littérature, ni au Musée des Moulages, ni au Musée des Photographies de l'Hôpital Saint-Louis, aucune observation ni aucun exemple d'ostéotuberculose de la région qui nous intéresse ici.

d) Les ostéosyphilis.

« La véritable syphilis osseuse, la lésion osseuse spécifique de la syphilis, c'est la gomme. » Ainsi s'exprime SPILLMANN dans son « Livre sur la syphilis osseuse. »

« La vérole aime le nez », a dit FOURNIER.

La localisation de la syphilis tertiaire aux os du nez est, en effet, extrêmement fréquente et provoque l'effondrement du dos du nez réalisant alors le classique aspect du nez en bec de perroquet, de nez en selle, de nez en lorgnette, de nez en pied de marmite et amenant, du fait même, des déformations inesthétiques qui intéressent non seulement le nez mais encore le sillon naso-génien.

C'est encore SPILLMANN qui écrit :

« Les os du nez et de la voûte palatine sont fréquemment intéressés au cours de la syphilis.

« Ces altérations osseuses du nez et du palais surviennent parfois avec une rapidité extraordinaire : dans les syphilis graves on peut observer d'une façon précoce, à la suite de lésions des fosses nasales proprement dites, de la cloison ou du voile, des lésions destructives des os propres du nez. En général, en effet, la lésion osseuse est secondaire aux lésions des muqueuses voisines ; elle peut être cependant primitive.

« Dans tous les cas, des os entiers peuvent disparaître ; de larges

« perforations osseuses peuvent se constituer, faisant communiquer
« les deux fosses nasales entre elles ou avec la cavité buccale.

« Les os qui sont le siège de ces lésions destructives sont les cornets,
« les os propres du nez, l'ethmoïde, le vomer, l'unguis, l'apophyse
« montante du maxillaire. »

En dehors de ces vastes perforations faciales, la syphilis tertiaire



Fig. 28. — Périostite et périchondrite gommeuse.
(Collection Fournier-Hôpital Saint-Louis.)

peut être responsable de lésions beaucoup moins destructives. C'est ainsi que la syphilis peut intéresser l'apophyse montante du maxillaire supérieur et amener des tuméfactions naso-géniennes et nous ne pensons pas que ces lésions soient aussi rares que MARTIN a bien voulu le montrer dans sa Thèse, dans laquelle il écrit :

« Qu'il nous soit permis de faire remarquer la rareté des accidents
« tertiaires du reste du maxillaire supérieur, par rapport à ceux
« observés au niveau des incisives et des canines. »

Nous avons trouvé en effet, des exemples des plus intéressants. Nous en reproduirons quelques-uns ici.

OBSERVATION XXIX

(in Thèse de MOUTON, Nancy 1905, La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire).

Syphilis du squelette sous-jacent au sillon naso-génien.

Mademoiselle Z..., 40 ans, femme de chambre chez un confrère, m'est adressée par lui, en juin 1904 pour une tumeur spontanée dans le sillon naso-génien, du côté gauche, et qu'il considère comme d'origine lacrymale. Le gonflement aurait apparu insidieusement, il y a une quinzaine de jours, sur la partie latérale gauche du nez, et aurait lentement évolué, comblant peu à peu le sillon naso-génien. Les phénomènes subjectifs, insignifiants au début, s'accusent en même temps que la tuméfaction, sous forme de lancements douloureux, intermittents, avec sensibilité assez vive à la pression.

Je constate, pour ma part, un œdème superficiel avec teinte d'un bistre cuivré, tandis que la palpation permet de reconnaître un épaississement de la branche montante assez diffus, mais dont le maximum correspond à la région de cet os qui limite l'orifice pyriforme. La tumeur très résistante, un peu élastique, fait corps avec l'os ; sa surface est lisse, ses limites mal accusées ; légère œdème de la paupière inférieure, pas d'épiphora ; les caractères et la détermination exacte de la localisation du gonflement me font écarter d'emblée l'hypothèse d'une origine lacrymale, abstraction faite des signes négatifs fournis par cet appareil.

Mais du côté des dents, je remarque une carie pénétrante de la canine supérieure gauche et une autre en regard sur la prémolaire voisine.

Je prie le Dr GILLE, dentiste de la malade, de lever l'obturation récemment faite sur la canine et de pratiquer une exploration et une désinfection soignée du canal pulpaire de cette dent ; de l'avis de ce confrère c'est qu'il faut exclure l'idée d'une périostite d'origine dentaire soit canine soit molaire. Néanmoins le traitement que j'avais demandé est pratiqué sans amener une cédation dans les accidents.

En présence de ce résultat négatif, j'élimine définitivement la question de l'origine dentaire et je fais part, de mon diagnostic, incriminant une syphilis latente, au Dr M... qui, très surpris, me déclare considérer la chose comme à peu près inadmissible. J'obtiens cependant que la malade prendra une potion au bi-iodure, à titre d'essai pendant quelque temps. Après huit jours de cette médication, je constate déjà une diminution de volume de la grosseur qui semble devenir un peu plus diffuse, mais moins dure et moins saillante. Quinze jours après, la tumeur était presque complètement aplanie, les phénomènes subjectifs très diminués, il n'existe plus qu'un peu d'œdème et de rougeur dans la région incriminée.

Le 18 août, un mois après le début du traitement spécifique, toute déformation extérieure a disparu ainsi que toute sensibilité. Il ne persiste plus, de la trace de l'affection, qu'un léger gonflement palpébral et périostique du côté gauche, quand survient un peu de congestion de la région sous l'influence d'une sécrétion lacrymale exagérée par l'émotion.

La malade que j'ai revue au mois de décembre pour un coryza muco-purulent avec tendance hypertrophique est entièrement guérie de l'affection qui l'inquiétait tant. Une palpation très attentive est nécessaire pour permettre de reconnaître la persistance d'un léger épaississement du maxillaire au point primitivement observé.

OBSERVATION XXX

(in *Reforma Medica*, 26^e année, n° 1, CIPOLLA. Un grave caso de ostéoperioste gommosa della regione nasale con vasta distruzione consecutiva, provocato da lesione traumatica).

Syphilis du squelette sous-jacent au sillon naso-génien.

Homme de 23 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels. Cet homme présentait à 20 ans une tuméfaction et une rougeur de la région naso-génienne à la

suite d'un traumatisme sur le nez. Ces lésions furent traitées localement pendant une année durant laquelle les os du nez se nécrosèrent et s'éliminèrent.

Seul le traitement spécifique eut une action...

e) Le goundou.

Nous avons vu précédemment, au chapitre des affections cutanées diverses, que le goundou n'était autre qu'une maladie de l'os, constituée par les lésions tertiaires du pian. Nous n'insisterons donc pas sur son étiologie.

Qu'il nous suffise de savoir que le goundou est principalement caractérisé par l'ostéite chronique hypertrophiante de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui devient exubérante, prenant successivement le volume d'une amande, d'un œuf de pigeon, d'un poing.

Evidemment il nous a été impossible d'observer nous-même cette affection bien caractéristique du sillon naso-génien qui a été particulièrement bien étudiée par BOTREAU-ROUSSEL. Nous rappellerons que MM. BESANÇON et PHILIBERT ont publié à la page 177 du tome II du *Précis de Pathologie Médicale* (édition 1926) une très belle photographie que l'on retrouve également à la page 24 du livre de BOTREAU-ROUSSEL sur les *ostéites pianiques* et qui représente un nègre atteint de goundou. Qu'on se représente une face de noir au milieu de laquelle le nez serait remplacé par l'as de pique d'un jeu de carte et l'on a absolument l'impression que donne cette photographie. La pointe supérieure un peu élargie de l'as de pique correspond à la suture naso-frontale, le pied lancéolé représente la partie inférieure des ailes du nez, les renflements latéraux sont la représentation exacte des deux sillons naso-géniens tuméfiés. Cette comparaison paraîtra peut-être humoristique mais elle nous a semblé tellement frappante que nous n'avons pas cru devoir la passer sous silence. D'autre part nous reproduisons ci-dessous l'observation du même malade par BOTREAU ROUSSEL.

OBSERVATION XXXI

(in BOTREAU ROUSSEL, Ostéites pianiques.)

Goundou naso-génien.

Kadio, enfant de 8 à 10 ans, très malingre, de race Agni, village de Gakassi, cercle de l'Indénie.

D'après les renseignements fournis par les parents, cet enfant a eu une éruption généralisée de pian qui a duré plus d'un an et c'est à peu près à la fin de cette éruption qu'ont apparus les tumeurs para-nasales qui, depuis, se sont développées sans arrêt. N'a jamais eu d'écoulement par les narines.

Actuellement enfant très amaigri, ayant un très mauvais état général: son intelligence est en dessous de la moyenne.

Examen du système osseux :

Les tumeurs para-nasales sont à peu près du volume d'un œuf de poule ; la droite est un peu plus grosse que la gauche, ne limitant cependant le champ visuel que légèrement parce que la partie la plus grosse de ces ovoïdes se trouve en bas. La peau est saine et mobile sur ces tumeurs qui présentent trois contre-forts osseux se dirigeant : le premier vers la racine du nez, le second vers l'os malaire, le troisième en bas vers la canine. Les fosses nasales sont un peu rétrécies des deux côtés mais le malade peut respirer par le nez. La muqueuse est saine...

2. LES OSTÉITES PARASITAIRES

Les ostéites parasitaires sont des lésions osseuses dues soit à l'infection hydatique soit à des infections mycosiques. Nous étudierons donc successivement :

Les kystes hydatiques osseux,

Les mycoses osseuses.

a) Les kystes hydatiques osseux.

Les kystes hydatiques des os constituent une affection rare due à un cestode cyclophyllidé : le *tœnia echinocoque* ou *Echinococcus granulosus*, qui vit dans l'intestin du chien. L'œuf de ce ténia peut être avalé par l'homme ; arrivé dans l'estomac il est partiellement digéré et l'embryon exacanthé est mis en liberté. Il passe alors dans la circulation lymphatique ou sanguine. Arrivé à destination : soit dans le foie, soit dans le poumon, soit dans un os, l'embryon se transforme en larve ou hydatide qui s'entoure d'une membrane adventice. L'ensemble formé par l'hydatide et sa membrane constitue le kyste hydatique.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique de ce kyste, nous passerons sous silence sa physiologie car s'il n'est pas rare d'observer des kystes hydatiques au niveau des os il est exceptionnel d'en rencontrer au niveau du maxillaire.

GANGOLPHE, dans son ouvrage sur les *kystes hydatiques des os* signale de nombreux cas parmi lesquels il en est qui sont localisés au frontal ; mais aucune de ses observations n'intéresse le maxillaire supérieur.

ROBIN, dans sa Thèse, a réuni 122 cas de kystes hydatiques des os dont 12 localisés aux os du crâne (frontal, pariétal, temporal, occipital, voûte du crâne, mastoïde, sphénoïde). Mais aucun de ces kystes ne siège au maxillaire.

Seul, IVANISSEVICH dans son ouvrage : *Hydatidosis osea*, publie

une statistique qui s'étend sur 81 observations de kystes hydatiques des os. C'est le seul auteur que nous connaissions qui ait publié, parmi ces 81 observations, un seul cas localisé au maxillaire supérieur et encore ne sommes nous pas certain que ce kyste ait amené une tuméfaction du sillon naso-génien, bien que le schéma que l'auteur a joint à l'observation semble montrer que le kyste intéressait l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

OBSERVATION XXXII

(in *Hydatidosis osea* par IVANISSEVICH, Buenos-Ayres, 1934).

Hydatidosis de l'os huesos de la cara.

Timbaldi Juan, Tesis, Buenos Aires, ano 1924.

Localizacion : quiste hidatico del maxilar superior.

b) Les mycoses osseuses.

Les affections mycosiques des os, comme les affections mycosiques de la peau, comprennent :

L'actinomycose,

La sporotrichose.

L'ACTINOMYCOSE

Nous ne reviendrons pas ici sur le parasite qui est à l'origine de cette affection, puisque nous l'avons déjà sommairement étudié à propos des actinomycoses de la peau.

Mais il nous faut d'abord convenir de la délimitation exacte qu'il convient d'assigner à l'actinomycose osseuse. Comme l'a montré DECHAUME, au VII^e Congrès Français de Stomatologie, et, avant lui, PONCET et BÉRARD, il ne faut pas confondre les actinomycoses osseuses avec les réactions du tissu osseux qui sont la conséquence d'une actinomycose cutanée :

« Il ne faut conserver dans cette catégorie que les faits où l'un des
« deux maxillaires, plus rarement les deux, ont été détruits ou altérés
« partiellement par le parasite lui-même, en reléguant parmi les
« localisations dans les parties molles les cas où l'un de ces os présente
« seulement un épaissement localisé ou diffus, dû à une réaction
« périostique banale au voisinage d'un foyer mycosique, souvent infecté. »

Ainsi réduite à ses justes proportions, l'actinomycose des maxillaires reste encore la plus fréquente des actinomycoses osseuses.

Cette actinomycose se présente schématiquement, sous deux formes : une forme raréfiante, habituelle chez l'homme ; une forme néoplasique, exceptionnelle chez l'homme, habituelle chez le bœuf.

Le processus pathogénique est le même que pour l'actinomycose cutanée et le parasite pénètre par les mêmes voies. Notons, d'autre part, que, pour certains auteurs, l'actinomycose osseuse n'est que la conséquence de l'actinomycose cutanée et que la première n'existe pas sans la seconde.

Nous ne connaissons pas d'actinomycose localisée à l'apophyse montante du maxillaire supérieur et les formes les plus fréquentes se rencontrent au voisinage de l'articulation temporo-maxillaire ou au niveau de la mandibule.

LA SPOROTRICHOSE

La sporotrichose osseuse est due au même parasite que la sporotrichose cutanée : nous n'y reviendrons donc pas.

Du reste, nous passerons sous silence cette affection parasitaire de l'os, car, si nous en connaissons des exemples au tibia, aux os de l'avant-bras, à la clavicule, au sternum, à la rotule, à l'olécrane, à l'astragale, aux phalanges, aux métacarpiens et même au frontal, nous n'en connaissons aucun au maxillaire supérieur.

3. LES OSTÉITES CHIMIQUES

Certaines substances chimiques sont capables de provoquer des ostéites dont nous étudierons ici les deux grandes modalités :

L'ostéite mercurielle,

L'ostéite phosphorée.

a) L'ostéite mercurielle.

Nous ne craignons pas d'affirmer que l'ostéite du maxillaire d'origine hydrargyrique n'existe pas, car tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord pour montrer que, tant chez les mineurs d'Almaden del Azogue (Espagne), de Chillon (Espagne), et d'Idria (Autro-Hongrie), que chez les ouvriers qui construisent des appareils à mercure (thermomètres, baromètres, etc.), l'ostéite du maxillaire n'est pas due au mercure, mais aux agents microbiens : soit que ceux-ci pénètrent dans l'os, à la faveur des lésions ulcéreuses de la gencive, soit que l'intoxication hydrargyrique provoque une endartérite des vaisseaux nourriciers de l'os.

b) L'ostéite phosphorée.

L'ostéite phosphorée a reçu le nom de nécrose phosphorée.

Ce chapitre de la pathologie faciale a, pour ainsi dire, vécu, car les intoxications professionnelles par le phosphore ont presque totalement disparu depuis qu'on a substitué le sésquisulfure de phosphore au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Néanmoins nous rappellerons brièvement les grandes lignes de cette affection.

Pour certains auteurs elle est dûe uniquement à l'intoxication phosphorée et à la déminéralisation qui en résulte ; pour d'autres auteurs, il y aurait toujours une carie dentaire qui permettrait aux vapeurs phosphoriques de pénétrer dans la chambre pulpaire et de créer une monoarthrite apicale, point de départ d'une vulgaire ostéomyélite.

Quelque soit la pathogénie de cette affection, nous noterons que l'ostéite phosphorée évolue en deux phases : dans la première phase, il y a ostéo-périostite et, partant, possibilité de production d'une tuméfaction naso-génienne ; dans la deuxième phase, il y a nécrose et élimination lente de volumineux séquestres. Cette phase revêt une gravité toute particulière au maxillaire supérieur, car, à l'inverse de ce qui se passe à la mandibule, il n'y a jamais régénération osseuse et cette deuxième phase pourra donc aboutir à un vide naso-génien.

4. LES OSTÉITES PROVOQUÉES PAR LES AGENTS PHYSIQUES

A l'inverse de la nécrose phosphorée, l'ostéite provoquée par les agents physiques ouvre la porte à un chapitre nouveau de la pathologie maxillo-faciale, aussi nouveau que celui des agents physiques eux-mêmes en thérapeutique.

Cette ostéite peut être imputable à un traitement radiothérapique, par erreur dans le réglage de l'intensité ou de la durée des radiations.

Elle peut revêtir dans d'autres cas l'allure d'une maladie professionnelle chez les ouvriers qui exécutent des peintures lumineuses à l'aide de substances soit à base de radium soit à base de substances capables d'émaner des radiations.

Des effondrements de l'apophyse montante du maxillaire supérieur dus à cette radio-nécrose auraient été observés.

Avant de clore ce chapitre, nous laisserons la parole à VERGER qui, dans un article des *Annales des Maladies de l'Oreille*, s'exprime ainsi :

« Plus que celui de n'importe quel autre cancer, le traitement de l'épithélioma du maxillaire supérieur, développé dans un os creux ou bien au voisinage immédiat de cet os, s'accompagnera d'accidents d'ostéo-radio-nécrose ».

« Comme leur nom l'indique, ces accidents surviennent au niveau des os soumis dans certaines conditions à l'action des radiations : ils éclatent d'une manière plus ou moins précoce, plus ou moins brutale après la radiothérapie ».

« Les observations des malades traités à l'Institut du Radium mettent en évidence la fréquence de cette complication au niveau du maxillaire supérieur ».

« Les accidents observés sont d'importance minime, quand le processus nécrotique atteint de petites lamelles osseuses, comme certaines parties de l'ethmoïde ou de la paroi postérieure du sinus maxillaire. On note l'élimination plus ou moins rapide des os nécrosés sans qu'il s'ensuive aucune conséquence fâcheuse ».

« Par contre, quand la nécrose siège au niveau de massifs osseux plus importants, l'élimination ne va pas sans accidents graves tenant, soit à la rétention purulente, soit à l'infection secondaire d'organes de voisinage ».

B. — LES TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes du squelette sous-jacent au sillon naso-génien présentent à étudier six variétés. :

Les tumeurs à myéloplaxes,

Le chondrome,

L'ostéome,

Le fibrome,

Le lipome,

Le myxome,

que nous allons successivement envisager.

1. LES TUMEURS A MYÉLOPLAXES

Les tumeurs à myéloplaxes ont reçu des appellations diverses qui prêterent trop souvent à confusion : on les a décrites sous le nom de sarcomes à myéloplaxes, de tumeurs myéloïdes, de sarcomes myéloïdes, d'ostéites hémorragiques, de myéloplaxomes. Les Américains,

lui ont accordé le terme plus exact, de tumeurs à cellules géantes, terme adopté par SABRAZÉS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, dans leur ouvrage sur *les tumeurs des os*. Cette terminologie variée, nous prouve combien il est difficile, d'assigner une place à ces tumeurs dans la classification générale des tumeurs osseuses.

Sous la dénomination de sarcomes géant-cellulaires, MAUCLAIRE, dans le Tome V du *Nouveau Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET, les rangeait parmi les ostéosarcomes, c'est-à-dire, parmi les tumeurs osseuses malignes, au même titre que les sarcomes fuso-cellulaires et que les sarcomes globo-cellulaires.

Dans le tome XVI du même Traité, OMBREDANNE réunit, dans le même chapitre des tumeurs malignes, les tumeurs à myéloplaxes, les sarcomes globo-cellulaires et fuso-cellulaires, les endothéliomes.

De même LENORMANT, dans le tome II du *Précis de Pathologie Chirurgicale*, englobe sous le titre de sarcomes du maxillaire, les tumeurs à myéloplaxes.

Nous préférons, à l'exemple de TIXIER et PATEL, dans le tome I du *Précis de Pathologie Chirurgicale*, ranger les tumeurs à myéloplaxes dans le chapitre des tumeurs osseuses bénignes.

Quoi qu'il en soit les tumeurs à myéloplaxes sont fréquentes aux maxillaires. Un pourcentage de 10 % leur est accordé à ce niveau par SABRAZÉS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, par rapport au squelette entier. D'autre part, la statistique personnelle de POLLOSSON et BÉRARD rapportait 168 cas de tumeurs à myéloplaxes au niveau des maxillaires dont 93 au maxillaire inférieur et 75 au maxillaire supérieur, contre 55 ostéo-sarcomes dont 46 au maxillaire inférieur et 9 au maxillaire supérieur.

OMBREDANNE leur accorde un pourcentage énorme : « Ce sont de beaucoup les tumeurs les plus fréquentes, écrit-il, elles représentent plus de 75 % des néoplasmes observés au niveau des mâchoires. »

Microscopiquement l'élément caractéristique est constitué par des cellules très grandes ou myéloplaxes de ROBIN dont la nature est incertaine. Certains auteurs le rattachent à l'ostéoclaste de KOLLIKER, d'autres aux cellules vaso-formatives de MONOD et MALASSEZ ; d'autres enfin, à une cellule géante qui résulterait d'une inflammation locale.

Au point de vue étiologique, on a voulu incriminer les traumatismes comme étant les responsables de cette tumeur. Il faut avouer, qu'il n'est pas impossible, que l'apparition d'une tumeur à myéloplaxe du

maxillaire soit favorisée par des avulsions dentaires répétées, suivies d'hémorragies mal résorbées, d'infection chronique. Mais cette question est loin d'être résolue.

L'évolution de la tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur, telle que l'ont présentée SABRAZÉS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, mérite d'être rapportée ici, car elle montre le processus par lequel cette tumeur déforme le sillon naso-génien :

« Elles (les tumeurs à myéloplaxes) prennent naissance au niveau « d'une racine de l'incisive latérale, de la canine, près de la fosse canine, « au-devant du sinus maxillaire. Si la tumeur est primitivement sous- « périostée, elle proémine dans la fosse canine, raréfie l'os à son contact ; si elle est endo-osseuse, enkystée, elle force en se développant « les parois du sinus qu'elle dédouble jusqu'à n'être recouverte, au « dehors, que par une coque osseuse mince. »

Et plus loin :

« Les tumeurs (à myéloplaxes) du maxillaire supérieur déforment « la face, soulèvent l'aile du nez, font saillie dans la fosse canine « d'abord, dans la fosse nasale ensuite... »

Nous reproduirons ci-dessous deux observations de tumeurs à myéloplaxes, amenant des modifications dans l'aspect du sillon naso-génien.

OBSERVATION XXXIII

(in LACHARITÉ ; Tumeurs des os à cellules géantes. *Archives de l'Institut de Radium de l'Université de Paris et de la Fondation Curie*. Volume I, fascicule IV, p. 535 et *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XII, n° 2, novembre 1928, p. 521).

Tumeur à myéloplaxes du squelette sous-jacent au sillon naso-génien.

Bon... 21 ans sexe masculin, tumeur à cellules géantes du maxillaire supérieur, à gauche. Résection en juin 1924. Récidive immédiate. Numéro d'analyse histologique : 5469.

1925. Mars. La tumeur mesure 6 centimètres de diamètre à travers la peau ; elle s'étend du plancher de l'orbite au bord inférieur de la gencive supérieure et transversalement depuis le plan médian facial, jusqu'au plan de l'apophyse zygomatique, en déformant la narine gauche. Dans la bouche la tumeur, de consistance très dure, occupe la totalité du sillon gingivo-jugal, fait corps avec le maxillaire, le déborde en dedans et déforme le voile sur une étendue de 4 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. Perméabilité nasale gauche diminuée. Petit ganglion sous-maxillaire gauche, paraissant inflammatoire.

Du 9 au 16 avril, roentgenthérapie (Dr COUTARD). Conditions d'irradiation : tension 190 KV. environ ; filtration 2 millimètres de zinc ; intensité au secondaire 3,5 milliampères ; distance focale 59 centimètres ; champs de 70 à 100 cm² ; dose à la peau 50 U. H. (12500 R) en 18 heures (18 séances).

21 avril : la peau ne porte aucune trace de l'irradiation.

Novembre : diminution considérable.

1926, novembre : guérison.

1927, juin : guérison persistante.

1928, mars : même état.

OBSERVATION XXXIV

(in LACHARITÉ, Tumeurs des os à cellules géantes, *Archives de l'Institut du Radium de l'Université de Paris et de la Fondation Curie*. Volume I, fascicule IV, p. 535 et *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XII, n° 2, novembre 1928, p. 521).

Tumeur à myéloplaxes du squelette sous-jacent au sillon naso-génien.

Sab... 6 ans 1/2, sexe féminin, tumeur à cellules géantes du maxillaire supérieur à gauche. Récidive post-opératoire. Numéro d'analyse histologique 1610.

1921. Janvier. Début par une tuméfaction dure, indolore de la joue gauche, laquelle avait été le siège d'un traumatisme 6 mois auparavant.

23 mai. Opération aux « Enfants Malades » suivie de récurrence peu après.

1^{er} août. Tuméfaction très dure siégeant sur le maxillaire supérieur, perceptible à travers les téguments de la joue. Dans la cavité buccale, la tumeur fait une saillie importante.

Du 9 au 17 août : roentgenthérapie (D^r COUTARD). Première série d'irradiations, dose à la peau : 32 U. H.

30 septembre : arrêt de croissance de la tumeur.

10 octobre : léger accroissement dans la région nasale ; obstruction de la narine gauche, légère déformation du sillon naso-génien avec déviation du nez à droite.

Du 19 au 29 octobre : deuxième série d'irradiation, nouvelle dose de 28 U. H.

Conditions d'irradiation : tension : 40 centimètres d'étincelle équivalente ; filtration 9,5 millimètres de zinc ; distance focale : 36 centimètres ; intensité au secondaire : 2,2 milliampères ; champs circulaires de 6 à 7,5 de diamètre ; dose totale : 60 U. H. (15.000 R.) en 20 heures (18 séances).

10 décembre : la diminution de volume de la tumeur est appréciable.

1922, 10 mai : régression importante ; quelques télangiectasies de la peau dans la région génienne.

1923, 20 mai : le nez est toujours un peu dévié, la joue fait une légère saillie du côté malade, le plancher de l'orbite reste épais.

1924, 14 avril : bon état, asymétrie des arcades dentaires.

1925, juillet : il persiste seulement un certain épaississement de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Mise en place d'un appareil de prothèse pour remédier à l'asymétrie des arcades dentaires.

1926, janvier : les arcades dentaires sont symétriques, suppression de l'appareil de prothèse.

1927, juin : la guérison paraît complète, il persiste seulement une très légère atrophie du maxillaire supérieur irradié.

1928, mars : même état.

2. LE CHONDROME

Le chondrome est encore appelé, par certains auteurs, chondrome bénin ou chondrome pur.

D'autre part, cette tumeur peut naître à la face externe de l'os et

l'on peut alors lui donner le nom de périchondrome (c'est la règle pour le chondrome du maxillaire supérieur). Lorsqu'au contraire, elle a une origine endo-osseuse, elle reçoit le nom d'enchondrome.

Histologiquement cette tumeur est caractérisée par une structure qui se rapproche de celle du cartilage.

Au point de vue pathogénique, LECÈNE a montré que le chondrome se développe fréquemment en un point où normalement il n'existe pas de cartilage. Partant de ce principe, il faudrait donc rechercher l'origine du chondrome dans une anomalie du développement : soit qu'un fragment de cartilage reste isolé au cours de l'ossification, soit qu'un îlot cartilagineux subsiste après un rachitisme transitaire.

Les localisations aux maxillaires ne sont pas une rareté. SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT ont montré que par ordre de fréquence les chondromes se rencontraient aux phalanges et aux métacarpiens, puis au fémur, au tibia et à l'humérus, enfin aux maxillaires dont ils occupent le bord alvéolaire et l'apophyse montante.

Néanmoins nous n'avons pu en trouver d'observation bien caractéristique.

3. L'OSTÉOME

L'ostéome est une tumeur osseuse bénigne dont la structure est celle du tissu osseux. Le maxillaire supérieur est l'un des sièges d'élection de cette tumeur à laquelle on peut reconnaître deux types :

- les ostéomes éburnés et compacts,
- les ostéomes spongieux.

a) Les ostéomes éburnés et compacts.

Ce sont les plus rares. Au point de vue histologique les premiers présentent des travées osseuses infléchies en tourbillons autour d'axes formés par les vaisseaux centraux des canaux de Havers ; ces travées osseuses n'ont pas une orientation régulière concentrique. Alors que les seconds présentent des corpuscules osseux à disposition concentrique.

b) Les ostéomes spongieux.

Ce sont les plus fréquents. Ils reconnaissent une origine inflammatoire qui irrite le périoste. C'est cette irritation qui réactive l'ostéogénèse.

La statistique personnelle de SABRAZÈS, JEANNENEY, MATHEY-CORNAT révèle l'existence de trois ostéomes du maxillaire supérieur sur 15 tumeurs des mâchoires. Ces ostéomes sont capables non seulement de soulever le sillon naso-génien, mais encore d'effondrer le plancher de l'orbite et de déterminer ainsi de l'exophtalmie.

Malheureusement nous n'avons pu trouver d'observation d'ostéome. Signalons seulement, que André BLOCH présenta à la séance du 15 janvier 1934 de la *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris* une malade, atteinte d'un ostéome probable du maxillaire supérieur et encore ne savons-nous pas si cet ostéome modifiait l'aspect du sillon naso-génien.

4. LE FIBROME

Le fibrome des os, encore appelé ostéofibrome, est une tumeur osseuse bénigne exceptionnelle et peu connue.

Histologiquement cette tumeur est caractérisée par une disposition fasciculée riche en fibres conjonctives et pauvre en cellules.

D'après WEBER et HEYFELDER il ne représenterait que 3 % des tumeurs des maxillaires.

Mais KENTENICK montre leur prédominance au niveau du maxillaire supérieur : sur 40 cas observés, il en aurait trouvé 23 au niveau de cet os contre 17 à la mandibule.

Nous rapporterons ci-dessous la description qu'en donnent SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT :

« Au maxillaire supérieur ils se logent dans un des sinus ce qui donne aux tumeurs de la face un caractère un peu spécial... »

« Après une période de latence d'une durée variable, une tumeur du maxillaire se fait jour : l'os conserve sa dureté... »

« Ultérieurement, la coque osseuse s'amincit et finit par se rompre mais la consistance de la tumeur sous-jacente est si ferme que la crépitation parcheminée est exceptionnellement mise en évidence » (comme nous pourrions le voir, dans l'observation suivante).

OBSERVATION XXXV

(In *thèse* de GAGNIER, Paris 1910, de l'ostéofibrome du maxillaire supérieur).

Fibrome du squelette sous-jacent au sillon naso-génien.

Josépha X..., de Kalisch, en Russie, 20 ans, travaillant la terre, née d'une famille saine ne fut, dit-elle, jamais malade pendant son enfance. Il y a 10 ans

qu'elle commença à souffrir de maux de dents à la mâchoire supérieure droite. Peu à peu, le côté du visage s'enfla sans qu'il n'y eut d'autres douleurs, que des maux de dents de temps à autre.

Etat actuel.

22 décembre 1908, la malade est une fille robuste en bon état de nutrition. Le côté droit du visage, dans la région du maxillaire supérieur, forme en avant une voussure de la grosseur du poing ; l'angle de la bouche est dévié en bas et en dehors ; le globe oculaire droit est un peu déplacé en avant et en haut.



Fig. 29. — Fibrome du maxillaire supérieur.

(Collection Générale. Musée des moulages. Hôpital Saint-Louis.)

L'enflure est causée par une tumeur dure comme de l'os, ayant une surface lisse, sur laquelle la peau qui n'a pas changé d'aspect, est restée mobile. La tuméfaction s'étend sur l'arcade zygomatique qui est plus épaisse dans sa partie moyenne et sa partie supéro-externe.

Le plancher de l'orbite, dans sa partie supérieure bombe en avant et le bord inférieur est arrondi et épaissi en masse. Dans la cavité buccale, on voit que la voûte palatine bombe très fort en avant et que la première dent molaire manque.

La tumeur, au toucher, est dure comme de l'os, on entend nulle part le bruit du parchemin et on ne trouve pas de tuméfaction des ganglions.

Diagnostic.

D'après l'état des choses et en considération de la longue existence et de l'accroissement très lent de la tumeur ainsi que du manque de tuméfaction des

ganglions et du changement de la peau et de la muqueuse, le diagnostic est : tumeur bénigne de la mâchoire supérieure.

Résultat de l'examen microscopique (résumé) :

Ostéofibrome.

5. LE LIPOME

Si le lipome osseux ou ostéo-lipome est connu au niveau de la voûte du crâne, du rachis et des membres, il semble bien que l'on n'en connaisse aucun exemple au niveau du maxillaire supérieur.

La thèse de MAILLET rapporte 60 observations de lipomes ostéopériostiques : sur ces 60 exemples pas un seul n'intéresse le maxillaire.

C'est dire que nous n'insisterons pas plus longuement sur l'étude de cette tumeur.

6. LE MYXOME

Le myxome est également une tumeur connue au niveau des phalanges et des métacarpiens mais dont nous n'avons trouvé aucun exemple au niveau du maxillaire supérieur et sur laquelle nous n'insisterons pas non plus.

C. — LES TUMEURS MALIGNES

Nous pensons qu'au seuil de ce chapitre il est plus indispensable qu'au seuil de n'importe quel autre, de nous excuser envers tous nos Maîtres d'abord, envers tous les auteurs qui ont étudié les tumeurs malignes osseuses ensuite, d'aborder ici un sujet tant de fois traité avec ampleur et avec science.

Il paraît en effet absurde, dans le cadre si restreint d'une thèse, de vouloir résumer ce que la Science moderne connaît des tumeurs malignes des os de la face.

Néanmoins il nous a paru nécessaire de condenser dans ce travail les quelques données que nous possédions sur cette question et ceci dans le but unique de ne pas amputer la classification, jusqu'ici commencée, des affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon nasogénien.

Nous verrons en effet que le sarcome d'une part, et surtout l'épithélioma d'autre part, sont des tumeurs, la première du maxillaire supérieur, la deuxième du sinus maxillaire le plus souvent qui par

leur développement amènent des modifications considérables dans l'aspect de la région géno-alair.

Nous étudierons donc successivement :

Les tumeurs osseuses primitives,

Les tumeurs osseuses secondaires.

1. LES TUMEURS OSSEUSES PRIMITIVES

Les tumeurs malignes osseuses primitives sont représentées par les sarcomes, puisque l'épithélioma primitif n'existe pas plus à la mâchoire, que dans le reste du squelette, étant donné que le tissu osseux ne contient pas d'élément épithélial.

Le sarcome du maxillaire supérieur présente de très nombreuses variétés : les unes anciennes et qui paraissent aux modernes déjà désuètes, les autres plus récentes.

a) Variétés histologiques.

Elles sont extrêmement nombreuses et ont subi des variations non moins nombreuses au fur et à mesure de l'évolution de l'anatomie pathologique.

C'est ainsi que LECÈNE distinguait les sarcomes développés aux dépens des cellules du tissu conjonctif banal ; tels que sarcome fuso-cellulaire, sarcome à petites et à grosses cellules rondes ; les sarcomes développés au dépens du tissu conjonctif squelettogène (périoste, moelle osseuse, périchondrè) tels que sarcome ossifiant, sarcome ostéoïde, chondrosarcome ; les sarcomes contenant des débris aberrants du tissu muqueux embryonnaire, tels que myxosarcome ; les sarcomes développés au dépens du tissu conjonctif réticulé et des cellules des organes lymphoïdes, tels que lymphosarcome, myélome, chlorome.

TIXIER et PATEL distinguaient : les ostéosarcomes (les uns globocellulaire, les autres fuso-cellulaires), les endothéliomes, les myélomes et les chloromes.

LENORMAND reconnaissait au sarcome des maxillaires cinq variétés histologiques : le sarcome globocellulaire, le sarcome fuso-cellulaire, le fibro-sarcome, le chlorome et l'endothéliome.

GROSS (de Philadelphie) et Ed. SCHWARTZ puis MAUCLAIRE adop-

taient la classification suivante : sarcome myélogène à cellules fusiformes, sarcome myélogène à cellules rondes, sarcome périostal à cellules rondes, sarcome périostal à cellules fusiformes, sarcome périostal ostéoïde.

OMBREDANNE distinguait les sarcomes encéphaloïdes ou globocellulaires, les sarcomes fasciculés ou fusocellulaires, les endothéliomes, les myxo-sarcomes, les chondro-sarcomes, les sarcomes ostéoides et les sarcomes ossifiants.

A l'heure actuelle les anatomo-pathologistes adoptent une autre classification, ce qui permet à BOHÈME et MICHON d'écrire :

« La distinction en sarcomes globocellulaires et sarcomes fusocellulaires a vécu ; les premiers comprendraient des myélomes, des endothéliomes, tumeurs de nature disparate et non véritablement sarcomateuse ; les seconds forment au contraire le groupe important « bien isolé des tumeurs, véritablement ostéoblastiques et seules « dignes du nom de sarcomes. »

C'est ainsi que RUPPE reconnaît un sarcome qui correspond à l'ancien sarcome fusocellulaire des Classiques et d'où dérivent les ostéo-sarcomes, les sarcomes ostéogéniques des américains ; un sarcome qui correspond à l'ancien sarcome globocellulaire des Classiques ; enfin des réticulo-endothéliomes.

Les Américains et l'école de Bordeaux, représentée par SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT adoptent une classification qui comprend le sarcome ostéogénique, le sarcome d'EWING, l'angio-endothéliome, les endothéliomes multiples, les myélomes, les chloromyélomes, les fibro-sarcomes périostiques.

b) Variétés topographiques.

On a voulu aussi reconnaître aux sarcomes osseux des variétés topographiques et distinguer des sarcomes centraux ou profonds et des sarcomes périphériques.

Rien ne semble moins exact que cette distinction, car « sous-périoste ou endostal à l'origine, le sarcome diffuse très vite, à tel point que sur la majorité des coupes il est impossible de reconnaître le foyer d'origine ; sur de bons clichés radiographiques, pris au début, l'envahissement n'est jamais limité. »

c) Variétés physio-pathologiques.

On a voulu enfin établir des variétés physio-pathologiques et distinguer le sarcome ostéolytique ou ostéo-destructeur du sarcome ostéo-blastique ou ostéo-formateur.

« Cette distinction n'a rien que de relatif : le sarcome ostéo-génique « n'est jamais ou tout l'un ou tout l'autre, mais un mélange des « deux... »

« Tel sarcome apparaît comme en majeure partie ostéo-blastique « qui, par places, montrera une fine désintégration osseuse et, inverse-
« ment, tel sarcome qui se traduit en maints endroits par des géodes
« confluentes, procède en bordure par des trousseaux denses, serrés,
« opaques aux rayons X comme peut en donner le tissu osseux ou
« calcaire. »

Nous laisserons de côté, toutes les discussions que peuvent soulever tous ces problèmes anatomo-pathologiques, topographiques ou physio-pathologiques et qui sortiraient du domaine de ce travail.

Nous noterons du reste que si le sarcome du maxillaire supérieur n'est pas une rareté il ne paraît pas non plus être d'une très grande fréquence.

POLLOSSON et BÉRARD, en 1899, présentèrent au *Congrès de Chirurgie* une statistique personnelle des plus intéressantes dans laquelle ils avaient colligé 371 cas d'ostéo-sarcomes : sur ces 371 cas, il en existait 9 localisés au maxillaire supérieur, soit un pourcentage de 2,42 %.

Parmi les sarcomes du maxillaire supérieur, d'après LENORMAND, on aurait signalé 7 endothéliomes et 2 chloromes ou cancers verts d'Aran.

Personnellement, nous avons consulté une soixantaine d'observations de tumeurs du maxillaire supérieur, traitées dans le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de M. le Dr HUET à l'Institut du Cancer. Parmi toutes ces observations, il n'y en avait qu'une seule qui présentât les caractères histologiques du sarcome, toutes les autres étaient des épithéliomas.

Signalons enfin que lorsqu'il existe, c'est-à-dire, lorsque le contrôle histologique permet d'affirmer son existence, le sarcome du maxillaire supérieur est une tumeur à marche rapide, se rencontrant surtout chez les jeunes : il distend la joue, il efface le sillon naso-génien, il dévie la lèvre supérieure et remonte vers la racine du nez : « la narine

est oblitérée, et une fois la corticale rompue, toute la région est envahie par une tumeur bosselée, de consistance inégale, rénitente par place qui finit par s'ulcérer, après avoir entraîné des troubles de la mastication, de la déglutition et de la respiration. »

Nous reproduirons ci-dessous une observation et une photographie de sarcome du maxillaire supérieur, ayant amené des modifications d'aspect du sillon naso-génien.

OBSERVATION XXXVI

(In *thèse* d'ARNAL, Paris, 1880, Etude clinique sur la résection et les tumeurs du maxillaire supérieur).

Ostéo-sarcome à évolution naso-génienne.

E... D..., âgé de 18 ans, né à Gaët (Italie), entre à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 8 mars 1878.



Fig. 30. — Sarcome du maxillaire supérieur.
(Musée des Photographies, Hôpital Saint-Louis.)



Fig. 31. — Même malade.

D'un tempérament sanguin, d'une constitution bonne, d'une complexion vigoureuse D... n'a jamais été malade.

Pas d'antécédents héréditaires.

Son père à qui l'on demande des renseignements (D..., s'exprimant très mal en Français) attribue l'origine du mal à un traumatisme et il dit, qu'il y a environ 4 mois son fils, qui était en haut d'un mât, fit une chute, tombant d'abord sur les pieds puis se renversant en arrière, la nuque frappant contre le sol. Cette chute

n'eut pas de suites immédiates elle n'amena pas même de perte de connaissance.

Néanmoins, un mois après, une petite tumeur apparut à l'angle interne de l'œil gauche. Impossible d'en connaître les caractères. Quoiqu'il en soit à partir de ce moment la région sous-orbitaire grossit peu à peu, le nez se dévia à droite, une exophtalmie notable se produisit. Pas de phénomènes douloureux. Mais le mal faisant tous les jours de rapides progrès, D... entre à l'hôpital.

A son arrivée, il présente à la région sous-orbitaire gauche, une tuméfaction considérable, s'étendant de la paupière inférieure jusqu'au rebord dentaire du maxillaire et de l'angle interne de l'œil à la région malaire. Le sillon naso-génien n'existait plus. Le nez est déjeté à droite, le globe oculaire projeté en avant, en haut et en dehors. La paupière inférieure est tuméfiée. La vue est conservée. La peau a conservé sa couleur normale. Le rebord alvéolaire, la voûte palatine ne présentent rien de particulier. Au toucher, la région malade est indurée. Pas de douleur, seulement un peu de gêne. Le voile du palais et l'arrière-gorge ne présentent rien de particulier. Narines libres. Etat général excellent. Pas de ganglions indurés...

2. LES TUMEURS OSSEUSES SECONDAIRES

Que faut-il entendre par tumeurs osseuses secondaires ?

Ce sont :

Les tumeurs propagées par métastases.

Les tumeurs propagées par contiguité.

a) Les tumeurs propagées par métastases.

Il s'agit d'une métastase, dont le point de départ est le plus souvent une tumeur du sein ou de la thyroïde. Comme le montre MAUCLAIRE dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET : « sur 32 cas de cancers osseux secondaires colligés par GURLT, 26 fois, le néoplasme primitif siégeait dans la mamelle. »

Mais il faut reconnaître que l'on possède bien peu d'observations de tumeurs métastatiques localisées au maxillaire supérieur.

b) Les tumeurs propagées par contiguité.

Les tumeurs, comme l'ont montré TIXIER et PATEL dans le *Précis de Pathologie Chirurgicale*, se propagent par contiguité selon deux modes différents :

ou bien un os malade, atteint depuis longtemps d'ostéo-myélite fistulisée à la peau, subit une dégénérescence maligne,

ou bien un os sain, est situé au contact d'une néoplasie voisine et est envahi par elle.

Ce dernier mode de propagation est celui que l'on peut observer pour les épithéliomas du maxillaire supérieur qui doivent leur origine à un épithélioma primitif de la muqueuse de l'antre d'HIGHMORE, du rebord alvéolaire, de la muqueuse ethmoïdo-nasale, et l'on ne saurait trop insister sur le rôle que jouent les épithéliomas du sinus maxillaire, dans la propagation par contiguité des épithéliomas de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, qui sont à l'origine, soit de tuméfactions, soit de destructions du sillon naso-génien. Les statistiques ont en effet montré que 50 % des épithéliomas du maxillaire supérieur, viennent de la muqueuse du sinus, 25 % de celle du rebord alvéolaire et 25 % de la muqueuse nasale ou de la muqueuse ethmoïdale.

Personnellement sur les 60 observations de tumeurs du maxillaire supérieur que nous avons pu consulter, grâce à l'obligeance de M. le Dr HUET, Laryngologiste de l'Institut du Cancer, plus d'une cinquantaine de ces observations relataient l'historique de malades atteints d'épithéliomas du maxillaire supérieur, à point de départ au niveau de l'antre d'Highmore.

Les épithéliomas du maxillaire supérieur déforment le sillon naso-génien selon deux processus différents :

ou bien ils le tuméfient. C'est ce qui fait écrire à OMBREDANNE dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET : « bientôt la tumeur augmente de volume ; l'aile du nez du côté malade est d'abord soulevée, puis le nez tout entier est déjeté vers le côté sain » ;

ou bien ils le détruisent en produisant des délabrements faciaux importants.

Nous avons pensé reproduire ici quelques photographies, qui auraient illustré le chapitre des épithéliomas du maxillaire supérieur, mais il en existe un nombre si important, notamment dans l'ouvrage sur le *Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx* de PORTMANN et RETROUVEY, que les illustrations que nous aurions pu faire paraître ici, n'auraient présenté qu'un intérêt relatif.

Aussi nous contenterons-nous de rapporter deux observations d'épithéliomas à évolution naso-génien.

OBSERVATION XXXVII

(In thèse de VERDEAUX, Lyon 1925, Contribution à l'étude de l'épithélioma térébrant de la mâchoire supérieure.

Epithélioma à évolution naso-génienne.

Homme de 60 ans, chez lequel il apparut, il y a 5 ans, au niveau de l'angle interne de l'œil droit, une tumeur indolore, saignant facilement à extension rapide. Cette tumeur progressa, envahit et détruisit successivement l'œil droit, la paroi inférieure de l'orbite, la moitié des fosses nasales correspondante, le maxillaire supérieur droit, le malaire. Il n'y eut jamais d'altération de l'état général et actuellement la moitié droite de la face offre une vaste brèche dont les parois sont constituées : en dedans, par la cloison médiane des fosses nasales, en dehors, par la surface végétante du néoplasme. Le fond de la brèche en entonnoir, ainsi creusée, répond à l'orifice postérieur droit des fosses nasales...

OBSERVATION XXXVIII

Inédite (due à l'extrême obligeance de M. le Dr HUET, Laryngologiste de l'Institut du Cancer).

Epithélioma à évolution naso-génienne.

M. M..., chauffeur, âgé de 33 ans, entre, le 13 février 1928, à l'Institut du Cancer pour une tumeur ayant débuté il y a 4 ans environ.

Son père est bien portant, sa mère est décédée à 70 ans de ramollissement cérébral. Le malade a 5 frères et sœurs dont 4 vivants et l'un mort de tuberculose probable.

Il y a 4 ans le malade reçut un choc, au niveau de la région médiane de la lèvre supérieure. Ce choc fut provoqué par la manivelle d'un treuil.

Un mois après cet accident, apparut sur le rebord gingival, une tumeur qui, prise pour une lésion inflammatoire, fut incisée. Mais cette intervention n'amena pas la guérison et, l'année suivante, le malade fut suivi à l'Hôpital Lariboisière dans le Service de M. le Professeur SÉBILEAU où il subit 4 interventions consécutives sur le rebord du maxillaire supérieur droit.

Il y a 1 an, un traitement, radium-thérapique par appareil externe et intra-buccal, fut institué à l'Hôpital Tenon. Il y a 3 semaines, le malade subit un traitement par rayons X au même Hôpital.

A l'heure actuelle, le malade présente une volumineuse tumeur du maxillaire supérieur. Cette tumeur est saillante sous la peau, elle tuméfie la région malaire, elle comble le sillon naso-génien, elle refoule le nez. Elle est recouverte par une peau rouge inflammatoire et douloureuse. La tumeur s'étend en haut, jusqu'à l'œil droit au niveau duquel elle concourt, avec une blessure de guerre, à un certain degré d'occlusion palpébrale.

La cavité buccale est occupée par une volumineuse tumeur végétante et ulcérée, du rebord du maxillaire supérieur droit, tumeur ayant largement ouvert le sinus maxillaire.

D. — LES OSTÉOPATHIES FIBREUSES

Il importe de distinguer certaines variétés d'ostéopathies fibreuses :

L'ostéite fibreuse localisée ;

L'ostéite fibreuse généralisée ;

L'ostéite fibreuse déformante.

1. L'OSTÉITE FIBREUSE LOCALISÉE

C'est une forme qui nous intéresse particulièrement. Cette ostéite reste longtemps latente et indolente, le malade ne s'en inquiétant que lorsqu'elle déforme la face : l'ostéite fibreuse localisée reçoit alors le nom de « léontiasis ossea », du fait qu'elle donne au malade le faciès léonin.

C'est une tumeur, caractérisée par une sclérose hypertrophique, dans laquelle le tissu ostéoïde exubérant est parsemé de zones de nécrose, qui se calcifient.

Généralement, la lésion initiale siège au point d'union de la branche montante du maxillaire supérieur et du frontal. Nous reproduirons ici la description qu'en donnent ROUSSEAU-DECELLE et RAISON dans la *Pratique Stomatologique* :

« Au début c'est une petite saillie diffuse, à peine visible, qui devient bilatérale et gagne peu à peu la face externe du maxillaire supérieur, le malaire, l'arcade zygomatique ; le maxillaire inférieur lui-même augmente de volume. Les sillons naso-labiaux sont comblés ; la région vestibulaire proémine et la face prend un aspect de mufle léonin... »

RUPPE, dans sa Thèse, s'exprime sensiblement de la même façon :

« Habituellement la lésion initiale siège sur la branche montante du maxillaire supérieur à son union avec le frontal. Il s'agit au début, d'une petite saillie diffuse, à peine disgracieuse, qui, d'uni-latérale, devient bi-latérale ; car la maladie est assez symétrique. Puis l'hypertrophie gagne la face externe du maxillaire supérieur, le malaire, l'arcade zygomatique, comble la fosse canine et augmente le volume du maxillaire inférieur. Dès lors, le nez a perdu son ensellure ; les sillons naso-labiaux sont comblés, la région vestibulaire proémine. Un véritable mufle se trouve ainsi constitué, donnant au faciès un aspect léonin. »

Nous rappellerons que cette tumeur ne doit pas être considérée comme une exception.

En 1924, à la réunion mensuelle du 9 février des Oto-Rhino-Laryngologistes des Hôpitaux de Paris, M. le Professeur F. LEMAITRE et MM. ROUGET et RUPPE présentèrent un cas de « léontiasis ossea ».

En octobre 1932, au VII^e Congrès français de Stomatologie, MÉNIÈRE avait relaté l'observation d'une « léontiasis ossea ».

Enfin, à la séance du 10 novembre 1933 de la *Société de Médecine de Paris*, DECHAUME en présenta un cas.

Nous en reproduirons ici deux observations et une photographie.

OBSERVATION XXXIX

(In *Annales des Maladies de l'Oreille*, 1924, p. 582, F. LEMAITRE, ROUGET et RUPPE, Un cas de Léontiasis ossea présenté à la réunion mensuelle des Oto-Rhino-Laryngologistes des Hôpitaux de Paris, séance du 9 février 1924).

Léontiasis ossea.

M^{me} J. D..., âgée de 47 ans, n'a pas eu d'enfant, n'a pas fait de fausse couche, rien de suspect dans ses antécédents personnels ; Wassermann négatif.

La maladie actuelle, dont le début remonte à 7 ans, a commencé par une tuméfaction de la branche montante du maxillaire supérieur droit qui a évolué lentement, progressivement, sans douleur. Il y a 2 ans, la malade a fait pratiquer l'avulsion de sa première grosse molaire supérieure droite ; cette avulsion a été suivie d'une élimination d'esquilles, mais la brèche opératoire s'est cicatrisée spontanément. A peu près à la même époque, est apparue, sur la branche montante du maxillaire supérieur gauche, une masse analogue à la tuméfaction dans la branche montante du maxillaire supérieur droit...

Enfin, il y a 1 an, la malade s'est aperçue que ses 2 maxillaires, surtout le gauche, présentaient au niveau de la région vestibulaire une augmentation de volume très marqué. Elle se décide alors à consulter un médecin qui incise alors la muqueuse alvéolaire ; l'incision ne se cicatrise pas et par intermittences donne issue à un léger écoulement de pus et de sang ; en outre, une ouverture spontanée apparaît, il y a deux mois, à côté de l'incision vestibulaire. Depuis cette époque, la malade éprouve quelques difficultés pour s'alimenter.

Examen clinique (5 novembre 1923) ; cet examen montre les déformations suivantes :

Les branches montantes des deux maxillaires supérieurs sont augmentées de volume. A droite, on note, plaquée contre l'os, une saillie du volume d'une grosse noix ; cette saillie pyriforme présente une pointe supérieure qui vient se perdre vers l'angle interne de l'œil, un pôle inférieur arrondi et un bord externe mousse qui se confondent insensiblement avec la région jugale ; l'aile du nez est refoulée en avant et en dedans ; son sillon est effacé et l'orifice narinaire présente la forme d'une simple fente. A gauche, l'hyperostose de la branche montante reproduit les mêmes lésions, mais, de ce côté, elles sont moins accentuées.

La région labiale supérieure ainsi que la sous-cloison, sont projetées en avant ; la lèvre supérieure avance nettement sur la lèvre inférieure, elle est étalée. Les sillons naso-labiaux et la gouttière sous-nasale sont effacés. Les fosses canines sont pleines.

On ne relève rien d'anormal au niveau du maxillaire inférieur.

Le front, par contre, semble plus saillant que normalement ; la bosse frontale gauche en particulier est nettement proéminente.

Au niveau de ces déformations, les téguments, non altérés, simplement refoulés, se mobilisent facilement sur des masses lisses, arrondies, d'une dureté osseuse et qui émanent visiblement de l'os sous-jacent. Pas de douleur à la pression ; pas de trouble de la sensibilité.

(Nous abrègerons volontairement cette observation qui est suivie d'un examen

buccal, d'une rhinoscopie antérieure, d'une radiographie, d'une intervention pratiquée le 12 novembre 1923, d'une étude histologique, anatomique, radiographique, clinique et opératoire).

OBSERVATION XL

(In *Revue de Stomatologie*, 1932, p. 614, MENIÈRE, Un cas de « léontiasis ossea », présenté au VII^e Congrès Français de Stomatologie, Paris, 3 octobre 1932.

Léontiasis ossea.

Il s'agit d'une jeune garçon de 13 ans, atteint de « léontiasis ossea » Le début, qui remonte à l'âge de 2 ans, s'est fait classiquement par la branche montante du maxillaire gauche. Actuellement, pas de troubles subjectifs, mais tuméfaction d'une dureté ligneuse de la région jugale gauche, de la grosseur d'une mandarine, avec intégrité des téguments. Saillie accentuée de l'os malaire. Le volume de la crête alvéolaire est triplé. Troubles d'articulé. La radio montre un sinus maxillaire gauche en tache d'encre et une traînée opaque au maxillaire supérieur droit. Rien au crâne ni à la mandibule. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic en montrant une sclérose osseuse intense, avec ostéite condensante sans aucune formation kystique. Pathogénie inconnue.

2. L'OSTÉITE FIBREUSE GÉNÉRALISÉE

L'ostéite fibreuse généralisée est encore appelée *ostéite fibro-kystique* et mieux connue encore sous le nom *maladie osseuse de RECKLINGHAUSEN*.

Nous passerons cette variété d'ostéite fibreuse sous silence car elle nous paraît relever davantage de la pathologie générale que d'une pathologie spéciale du sillon naso-génien.

3. L'OSTÉITE DÉFORMANTE

L'ostéite déformante est encore appelée « *ostéodystrophia hyperostotica porotica* ».

On lui reconnaît deux variétés :

L'ostéite déformante localisée,

L'ostéite déformante généralisée.

a) L'ostéite déformante localisée.

Nous n'avons pas d'exemple de cette forme d'ostéite au niveau du maxillaire supérieur.

b) L'ostéite déformante généralisée.

L'ostéite déformante généralisée est plus connue sous le nom de *maladie osseuse* de PAGET.

Nous passerons également cette forme sous silence, puisqu'elle relève de la pathologie générale.

**E. — LES TUMEURS LIÉES A L'EXISTENCE
DU SYSTÈME DENTAIRE**

De nombreux travaux, depuis ceux de MAGITOT en 1860 et ceux de BROCA en 1863, sont venus éclairer cette question.

Toutefois, ce n'est qu'en 1932 que BERCHER et CODVELLE proposèrent une classification vraiment adaptée aux théories anatomo-pathologiques modernes.

C'est cette classification que nous adopterons ici et, comme ces auteurs, nous diviserons l'étude des tumeurs liées à l'existence du système dentaire en 4 paragraphes :

Les tumeurs inflammatoires,

Les tumeurs hyperplasiques,

Les tumeurs dysembryoplasiques,

Les tumeurs dysorganoplasiques.

1. LES TUMEURS INFLAMMATOIRES

L'existence des tumeurs inflammatoires est liée à l'existence de l'inflammation elle-même. La tumeur naît, vit et meurt avec l'inflammation qui en est la cause.

Le type de ces tumeurs est le *granulome*.

Nous n'insisterons pas sur cette tumeur, car, le plus souvent, elle est méconnue ou n'est qu'une découverte, au cours d'une avulsion dentaire. Enfin, elle ne déforme en aucun cas le sillon naso-génien.

2. LES TUMEURS HYPERPLASIQUES

Leur existence est également liée à celle de l'inflammation. Les tumeurs précédentes en sont l'origine, mais à l'encontre de celles-ci,

elles ne disparaissent pas avec l'inflammation qui en est la cause : elles persistent après la disparition de l'inflammation causale.

Ces tumeurs hyperplasiques sont représentées par :

Les kystes radiculo-dentaires,

Les kystes corono-dentaires.

a) Les kystes radiculo-dentaires.

On a donné aux kystes radiculo-dentaires de nombreux noms : *kystes radiculaires*, *kystes appendiculaires*, *granulomes kystiques*, *kystes périostiques*, *kystes alvéolo-dentaires*, *kystes paradentaires*.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici, la description que BERCHER, dans la *Pratique Stomatologique*, donne sur la façon dont ces kystes peuvent tuméfier le sillon naso-génien.

« Il faut arriver à la période de déformation, pour que l'attention du malade ou celle du praticien soit attirée sur la néoformation tumorale, qui s'accroît de plus en plus.

» En général, la déformation est surtout apparente, du côté vestibulaire. Minime au début, elle repousse à peine la surface de l'os, ce pendant l'œil et le doigt la découvrent à la hauteur de l'apex d'une dent. Une muqueuse d'aspect tout à fait normal la recouvre. Alors la pression ne peut déprimer l'os encore épais qui enferme la tumeur, mais cette pression révèle habituellement une légère douleur. Le malade n'éprouve pas de douleurs spontanées, quelquefois seulement et par périodes, une sensation de gêne ou de tension au niveau de la tuméfaction. »

« ...Par poussées successives, ce kyste radiculaire va continuer à s'accroître, il repousse devant lui les tables osseuses, il les use progressivement pour venir finalement s'extérioriser sous la muqueuse.

« ... Des kystes haut situés peuvent s'étendre au-dessus du cul-de-sac vestibulaire, dans l'épaisseur de la joue. »

Nous ajouterons que certains de ces kystes, s'ils donnent le plus souvent une tuméfaction palatine peuvent, lorsque leur point de départ est situé au niveau de l'apex de l'incisive latérale supérieure ou de la canine supérieure, donner une tuméfaction naso-génienne.

Non seulement cette tuméfaction naso-génienne est une possibilité, mais encore, elle est une règle pour les kystes à évolution haute, dont le point de départ est au niveau de l'apex de la canine supérieure.

OBSERVATION XLII

(In Thèse de Bourssou, Paris 1903, Traitement des kystes para-dentaires).

Kyste radiculo-dentaire à évolution naso-génienne.

Félix O..., 22 ans, n'a jamais été malade. Rien de notable dans ses antécédents. N'a jamais souffert des dents jusqu'à l'âge de 20 ans. Mais, depuis plusieurs années, il est sujet à des névralgies ; il attribue celles-ci à des crises dentaires. En effet, ses dents sont en mauvais état ; au niveau de la gencive, on voit un dépôt de tartre assez épais. Il présente au maxillaire inférieur une carie de la dent de sagesse du côté droit et de la première molaire du côté gauche. Au maxillaire supérieur, la canine du côté droit est presque complètement détruite et la couronne n'existe plus.

Il y a deux ans environ, il prétend avoir reçu un coup assez violent sur la mâchoire, si bien que la gencive avait été déchirée au niveau de cette dent malade.

Les premiers jours, il remarqua une légère tuméfaction de la joue et de la gencive. Mais, tandis que la lésion de la joue disparaît, il constate la persistance de la tuméfaction de la gencive. Celle-ci toutefois est peu douloureuse spontanément et à la pression. Elle a environ le volume d'une noisette et ne gêne, au début, qu'au moment de la mastication.

Pendant 17 à 18 mois, l'état reste stationnaire, de temps à autre cependant le malade éprouve des douleurs irradiées à la face, du côté de la tumeur, douleurs qui surviennent surtout quand le malade s'expose au froid ou quand il prend des aliments trop chauds.

Il y a 2 mois environ, à la suite d'un second traumatisme de la région, la tuméfaction subit une nouvelle poussée, elle augmente notablement de volume, devient douloureuse, saillante, repoussant le sillon naso-génien.

Comme le malade souffre et que la tuméfaction va en augmentant il se décide à se faire opérer.

Il entre dans le service du Dr MARCHAND le 28 mars 1896. La tumeur est du volume d'une noix, elle siège dans la gencive de la mâchoire supérieure du côté droit, fait une saillie assez marquée, si bien que la dépression du sillon naso-génien est masquée, elle fait une saillie légère dans la bouche, refoulant le sillon gingivo-labial.

La gencive au niveau de la canine semble épaissie. La muqueuse glisse facilement sur la tuméfaction sous-jacente qu'il est impossible de déplacer et qui fait nettement corps avec le maxillaire.

Si l'on percute la dent malade avec un corps dur, on provoque des douleurs assez vives. Par la palpation, on ne constate pas de fluctuation notable, on a plutôt la sensation de rénitence.

On fait le diagnostic de kyste radulaire de la mâchoire développé au niveau de la canine.

Le malade est opéré le 1^{er} avril par le Dr LEGUEU...

OBSERVATION XLII

(In Thèse de Bourssou, Paris, 1903, Traitement des kystes para-dentaires.)

Kyste radiculo-dentaire à évolution naso-génienne.

M. A. B..., mineur, âgé de 24 ans, se plaint d'une grosseur qui s'est développée depuis 10 mois au-dessous de l'angle externe de la narine gauche. La tumeur fait

saillie au niveau de la lèvre supérieure, repousse en avant la partie externe de l'aile du nez et efface en grande partie le sillon naso-labial et le sillon naso-jugal gauches.

En relevant la lèvre supérieure, on retrouve cette saillie au niveau de la fosse canine gauche qu'elle comble. A sa surface, la muqueuse de la gencive présente un aspect normal. On pratique ensuite l'examen rhinoscopique antérieur et on constate la présence de la partie supérieure de la même masse, faisant saillie au point de jonction de l'orifice postérieur de la narine et de l'entrée de la fosse nasale gauche. Elle soulève la muqueuse et forme un relief que l'on peut comparer à celui formé par la moitié d'une cerise. En ce point, cette masse semble semi-transparente et elle est recouverte de vaisseaux dilatés ; elle donne assez bien l'aspect d'une grenouillette.

En introduisant le petit doigt de la main gauche, dans la narine gauche et l'index droit sous la lèvre supérieure, on sent que cette masse est des dimensions d'une prune de reine-claude, est rénitente, mais ne donne pas nettement la sensation de fluctuation. Néanmoins en raison de l'aspect transparent que l'on trouve au niveau de la fosse nasale, le diagnostic de kyste dentaire s'impose.

On fait au malade pendant les jours qui ont précédé l'opération des aspirations de vaseline boriquée et des lavages du nez afin d'obtenir la plus grande propreté possible de la fosse nasale.

Le 4 mars : opération.

b) Les kystes corono-dentaires.

Les kystes corono-dentaires sont encore connus sous le nom : *kystes dentifères*, *kystes dentigènes*, *kystes folliculaires* de BROCA, *adamantinomes liquides dentifiés* de CORYLLOS.

Ce kyste, si on lui donne l'appellation de corono-dentaire, doit son nom au fait caractéristique, qu'il renferme une dent, dont la couronne fait saillie dans la poche kystique et dont la racine est extra-kystique. En général, cette dent présente les caractères morphologiques d'une dent qui manque dans la rangée alvéolaire. L'absence de cette dent est constante et ne manque que dans les cas rares où le kyste corono-dentaire se développe autour d'une dent surnuméraire.

Ce kyste atteint le volume d'une noix, rarement d'un œuf de poule. Ce fait explique qu'il arrive rarement à user complètement une table osseuse, à s'extérioriser et à soulever le sillon naso-génien.

Du reste, les kystes corono-dentaires sont relativement rares. Nous en prenons à témoin ROY qui écrit :

« Sans parler des kystes de petit volume qui sont appendus à la racine de la dent et sont extraits avec celle-ci, les kystes (para-dentaires) volumineux, développés dans l'épaisseur de l'os à l'occasion d'une infection pulpaire, sont relativement fréquents et en tout cas pour ma part en raison de l'enseignement clinique

« dont je suis chargé à l'école dentaire de Paris, j'ai été amené à en observer un nombre considérable. »

« Au contraire les kystes dentifères se présentent avec une rareté beaucoup plus grande. Pour ma part dans le nombre très grand de kystes que j'ai eu l'occasion d'observer depuis 30 ans, je n'ai rencontré qu'un nombre très restreint de kystes dentifères. »

Personnellement, peut-être en raison même de cette rareté, il nous a été impossible de trouver la moindre observation de kystes coronodentaire à évolution naso-génienne.

3. LES TUMEURS DYSEMBRYOPLASIQUES

La pathogénie des tumeurs dysembryoplasiques est très différente de celle des précédentes. Alors que pour celles-là, il s'agissait d'une irritation inflammatoire ; pour celles-ci, il s'agit d'une prolifération tissulaire autonome.

Selon que cette prolifération prédomine sur les éléments conjonctifs ou au contraire, sur les éléments épithéliaux, il s'agira de l'adamantinome odontoplastique ou de l'épithélioma adamantin.

a) L'adamantinome odontoplastique.

L'adamantinome odontoplastique est encore connu sous les noms de : *tumeur à dents multiples*, *adamantinome solide dentifié* de CORYLLOS, *odontome odontoplastique*.

C'est une dysembryoplasie à prédominance conjonctive et à développement limité. Cette tumeur ne récidive pas après ablation. C'est un véritable embryome qui, le plus souvent, reste inclus dans l'os, sans arriver à la période d'extériorisation.

Quoi qu'il en soit nous ne connaissons pas d'adamantinome odontoplastique ayant amené une modification dans l'aspect du sillon naso-génien.

b) L'épithélioma adamantin.

L'épithélioma adamantin est encore connu sous le nom de : *adamantinome solide simple*, *adamantinome kystique simple* de CORYLLOS,

corps fibreux énucléable de DUPUYTREN, kyste adamantin, maladie kystique des mâchoires, kyste multiloculaire.

L'épithélioma adamantin est une dysembryoplasie à prédominance épithéliale et qui semble douée d'une fertilité illimitée. Son accroissement est continu, elle peut récidiver *in situ* après ablation.

Macroscopiquement, il existerait des variétés kystiques ou kystes adamantins et des variétés solides ou épithéliomas adamantins vrais.

Le plus souvent il s'agirait d'une forme mixte qui ne doit pas être considérée comme atypique tant est grande sa fréquence.

D'après HOUPERT et FRIEZ, l'épithélioma adamantin a un siège de prédilection qui est l'angle de la mandibule. Toujours d'après les mêmes auteurs, cette tumeur est exceptionnelle au niveau du maxillaire supérieur.

Néanmoins nous avons pu en trouver un excellent exemple dans la Thèse d'ACHARD : nous le rapporterons ici.

OBSERVATION XLIII,

(In Thèse d'ACHARD, Paris 1934, Etude anatomo-clinique des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur.)

Epithélioma adamantin à évolution naso-génienne.

S... Jeanne, 63 ans (Nantes, fiche O. R. L. n° 41.603). La malade vient consulter pour une volumineuse tuméfaction du maxillaire supérieur droit, apparue depuis quelques mois. A l'examen, tout le maxillaire droit est tuméfié, sans lésions de la peau; avec maximum au-dessous du sac lacrymal. Le globe oculaire exophtalmié est refoulé en dehors et en haut. La fosse canine est occupée par une masse dure qui a envahi le rebord alvéolaire très augmenté de volume, dure et ne présentant ni ulcérations ni fistules ni racines dentaires.

La fosse nasale est complètement obstruée par une masse saignante, dure, soulevant l'aile du nez. Trois petits ganglions mobiles dans la région sous-maxillaire droite.

L'examen de l'œil ne montre aucune lésion en dehors de l'exophtalmie avec déviation du globe oculaire en haut et en dehors.

Le diagnostic de tumeur maligne du maxillaire paraissant évident, un traitement par radiothérapie profonde est pratiqué : 8.000 R. en 4 heures, terminé le 21 avril 1928.

Le 23 avril 1928 : opération.

Examen histologique : épithélioma adamantin et cylindromateux.

4. LES TUMEURS DYSORGANOPLASIQUES

Les tumeurs dysorganoplasiques sont les tumeurs des tissus durs de la dent qui ont reçu le nom de *dentomes* ou *odontomes*.

BROCA a été le premier auteur qui ait décrit l'odontome.

Il est classique de dire avec LENORMAND, que ce sont des tumeurs rares localisées presque exclusivement à la mandibule. « Sur 18 cas réunis par KROGIUS, un seul appartenait au maxillaire supérieur. »

Or, nous connaissons plusieurs cas localisés à la mâchoire supérieure : ne serait-ce que celui signalé dans la *Semaine Dentaire* du 2 décembre 1934 par la *Section de Chirurgie Maxillo-faciale et de Stomatologie à l'Institut de Traitement Prothétique de Moscou* et celui signalé dans la *Revue de Stomatologie* de janvier 1932 par ROUSSEAU-DECELLE.

L'odontome présente à étudier trois variétés :

L'odontome coronaire,

L'odontome radiculaire,

L'odontome corono-radiculaire.

a) L'odontome coronaire.

L'odontome coronaire est de petites dimensions et la production anormale est située sur la couronne. Cette forme ne nous intéresse donc pas ici.

b) L'odontome radiculaire.

Dans l'odontome radiculaire, c'est la racine qui porte la production anormale. Cet odontome peut, soit par son propre accroissement, soit par l'accroissement des couches de ciment qui le recouvrent, produire une légère déformation osseuse perceptible cliniquement. Mais nous ne pensons pas, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, que cette déformation puisse atteindre la branche montante du maxillaire supérieur et modifier le sillon naso-génien.

c) L'odontome corono-radiculaire.

Cet odontome déborde à la fois sur la couronne et la racine.

Nous ne pensons pas non plus qu'il puisse atteindre un volume suffisant pour déformer le sillon naso-génien.

En définitive, les odontomes, à quelque variété qu'ils appartiennent, sont des tumeurs à développement trop limité pour modifier l'aspect du sillon naso-génien.

V. — LA DACRYOCYSTITE

La dacryocystite est l'inflammation du sac lacrymal, soit qu'il s'agisse d'une dacryocystite aiguë ou phlegmon du sac lacrymal, soit

qu'il s'agisse d'une dacryocystite chronique, soit enfin que l'on se trouve en présence d'une dacryocystite fongueuse.

Parce que compliquée de lésions osseuses, cette dernière variété tout particulièrement est celle qui produira le plus souvent une tuméfaction naso-génienne.

D'autre part la dacryocystite peut être à l'origine d'une fistule et nous avons déjà vu que la fistule lacrymale siège au-dessus du tendon

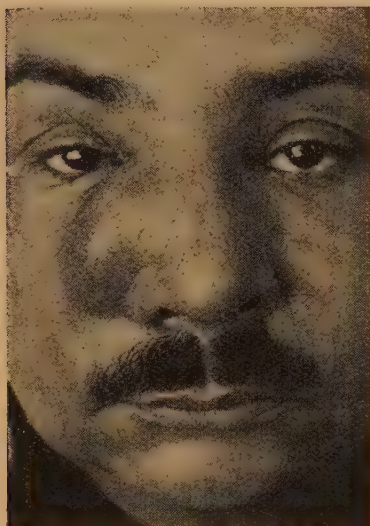


Fig. 32. — Dacryosystite.

(Musée des Photographies. Hôpital Saint-Louis.)



Fig. 33. — Même malade.

direct de l'orbiculaire ou bien que, après un trajet sous-cutané, elle vient s'ouvrir en un point de la peau correspondant à la moitié interne du rebord orbitaire inférieur par un petit bourrelet cutané rouge sombre ; ce qui la différencie de la fistule dentaire qui siège toujours au moins, à un demi-centimètre au-dessous du rebord orbitaire inférieur.

Nous n'avons pas colligé d'observations de dacryocystites, car cette affection relève de l'ophtalmologie. Mais nous n'avons point voulu terminer cette étude sans reproduire une photographie destinée à montrer que la dacryocystite peut amener une modification considérable dans l'aspect du sillon naso-génien.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Quand un malade, porteur d'une affection du sillon naso-génien, vient trouver le chirurgien, celui-ci doit faire la discrimination entre les différentes affections qui peuvent envahir la région naso-génienne et que nous avons envisagées dans le précédent chapitre. Cette discrimination et l'examen dont elle découle doivent être faits, plus méthodiquement peut-être pour la région naso-génienne que pour n'importe quelle autre région ; d'autant plus méthodiquement que les affections y sont plus nombreuses et plus variées comme nous l'avons vu.

Ce qui frappe *a priori*, lorsqu'on examine un tel malade c'est que, parmi les affections dont il peut être atteint, les unes sont à tendance tuméfiante, les autres à tendance ulcérannte, destructive ou nécrosante. Mais il convient de remarquer qu'une classification dans ce sens est beaucoup plus difficile à réaliser que celle que nous avons envisagée dans le chapitre précédent et qui, se basant sur des données anatomo-pathologiques, réalisait le type même de la classification logique et méthodique. Au point de vue diagnostic différentiel il en est tout autrement ; car, ici, telle affection qui, à son début, se montre à tendance tuméfiante peut, par la suite, se révéler à tendance ulcérannte. D'autre part quelques affections se montrent difficiles à classer, qui ne peuvent être considérées ni comme une tuméfaction pure ni comme une ulcération pure. C'est pourquoi nous avons préféré le terme d'affection à tendance tuméfiante ou à tendance ulcérannte, destructive ou nécrosante à celui moins judicieux, d'affection tuméfiante ou ulcérannte, destructive ou nécrosante.

Enfin nous n'envisagerons dans ce chapitre que certaines affections : celles dont l'existence nous paraît certaine au niveau du sillon naso-génien : soit que les auteurs d'ouvrages didactiques en aient prouvé l'existence à ce niveau, soit que nos Maîtres nous aient enseigné leur symptomatologie, soit que nos aînés en aient relaté des exemples dans leur thèse, soit que nous les ayons observées personnellement, soit

que nous en ayons trouvé des exemples tant au cours de nos visites au Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis que durant les nombreuses heures que nous avons passées à étudier la très belle collection de Photographies de l'Hôpital Saint-Louis.

I. — AFFECTIONS A TENDANCE TUMÉFIANTE

Un malade, atteint d'une affection du sillon naso-génien à tendance tuméfiante, se présente à nous dans deux conditions très différentes : ou bien l'affection dont il est porteur s'accompagne de modifications plus ou moins accentuées de la peau, ou bien il y a coexistence d'une affection à tendance tuméfiante et d'un tissu cutané normal ou sub-normal.

A. — IL EXISTE DES MODIFICATIONS DE LA PEAU

1^o Le malade est porteur d'une tuméfaction qui présente les caractères de l'inflammation aiguë : tumeur, douleur, chaleur, rougeur. Cette tuméfaction augmente chaque jour de volume, son existence s'accompagne de signes généraux plus ou moins importants, enfin elle évolue rapidement vers la suppuration. L'examen bactériologique du pus pourrait alors déceler la présence du staphylocoque doré. L'analyse d'urine montrerait souvent une albuminurie, plus souvent encore une glycosurie.

Il s'agit d'un *furuncle* ou d'un *anthrax*.

2^o Le malade est porteur d'une « petite difformité circonscrite de la peau », d'un grain de beauté portant souvent des poils plus ou moins longs, d'une tache, ne s'accompagnant ni des signes de l'inflammation aiguë ni de signes généraux, n'évoluant pas vers la suppuration.

Il s'agit d'un *naevus*.

Parfois, mais rarement, resté stationnaire dans son évolution depuis fort longtemps, ce naevus prend brusquement un accroissement notable, sa base s'indure puis la tumeur s'ulcère et saigne facilement ; en même temps la peau avoisinante devient le siège d'une pigmentation brune ou même noirâtre et l'on note un envahissement ganglion-

naire rapide et une prompte dissémination métastatique viscérale.

Il s'agit d'un *naëvo-carcinome*.

3° Le malade est porteur de multiples petites nodosités, criblant symétriquement les sillons naso-géniens, tantôt blanches, tantôt rouges, ne présentant pas les signes de l'inflammation, ne s'accompagnant pas de signes généraux.

Il s'agit d'*adénomes sébacés*.

4° Le malade est porteur d'une cicatrice saillante, rouge, tendue, nettement délimitée par un bord de profil arrondi, mais de contour irrégulier, poussant souvent des prolongements en pince d'écrevisse. La douleur est presque constante ; mais cette cicatrice ne présente pas de chaleur locale, l'évolution ne se fait pas vers la suppuration. Les signes généraux sont absents. Enfin l'anamnèse donne la notion soit d'un furoncle ou d'un abcès autrefois observé dans le sillon naso-génien, soit d'une intervention chirurgicale dont la ligne d'incision a intéressé le sillon.

Il s'agit d'une *chéloïde*.

5° Le malade, d'un certain âge, est porteur d'une tumeur bosselée lobulée, rouge violacée, parsemée de points blancs ou jaunâtres, s'accompagnant de lésions d'acné en d'autres points de la face. L'interrogatoire précise souvent qu'il s'agit d'un éthylique. La tumeur ne présente pas les caractères de l'inflammation et ne s'accompagne pas de signes généraux. Elle occupe plutôt le nez que le sillon naso-génien, mais, étant donné son volume, elle déborde le plus souvent dans les deux sillons naso-géniens.

Si l'on pratiquait une biopsie l'examen histologique montrerait une hyperplasie du tissu conjonctif avec dilatation vasculaire et une hypertrophie ou une dégénérescence kystique des glandes sébacées.

Cet examen nous paraît du reste superflu, le caractère morphologique de la tumeur étant le plus souvent suffisant, pour porter le diagnostic de *rhinophyma*.

6° Le malade, un vieillard, est porteur d'une « petite plaque superficielle ressemblant à une verrue plane, indurée, torpide, qui demande plusieurs années pour atteindre quelques centimètres. La lésion est plus ou moins ovalaire, saillante, à bords nettement arrêtés par un ourlet arrondi et mousse ; le centre est recouvert de squames brun

noirâtre, adhérentes, qui cachent un derme rouge, saignant au moindre contact. » Assez vite, sur cette lésion a pu apparaître une saillie du volume d'un pois, de consistance ferme, à surface exulcérée et saignante ou croûteuse.

Cette lésion ne présente aucun des caractères de l'inflammation : elle ne s'accompagne pas de signes généraux. L'âge du malade et l'aspect de la lésion doivent conduire à la biopsie qui affirmera le diagnostic :

Il s'agit d'un *épithélioma, baso-cellulaire* le plus souvent, ce qui sera de la plus grande importance au point de vue thérapeutique puisqu'il est admis que l'épithélioma baso-cellulaire est justiciable du traitement radiothérapique.

7^o Le malade est porteur soit d'une grosse masse unique, distendant la peau qui est parcourue de veinosités, molle, soit d'une masse diffuse, infiltrant l'hypoderme et le derme, formant une cuirasse dure, soulevant la peau qui devient rouge violacée, s'accompagnant d'œdème périphérique, soit d'une tumeur volumineuse, dure, globuleuse ou étalée, longtemps unique, soit d'un infiltrat diffus rouge violacé, rendant la peau tendue, luisante, parcourue de capillaires rouges, dilatés, s'accompagnant d'une dilatation des pores glandulaires. On ne trouve pas de signes d'inflammation ni de signes généraux.

Ces différents aspects doivent eux aussi conduire à une biopsie qui affirmera le diagnostic :

Il s'agit d'un *sarcome primitif de la peau*.

Il n'y a que l'examen histologique qui permettra de préciser s'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire, d'un lympho-sarcome cutané ou d'un lymphadénome cutané.

B. — IL N'EXISTE PAS DE MODIFICATION DE LA PEAU

Quand un malade présente une affection à tendance tuméfiante sans modification de la peau il convient tout d'abord de rechercher si la lésion qu'il présente est indépendante de l'os sous-jacent ou si, au contraire, il s'agit d'une lésion adhérente à l'os ou d'une affection de l'os lui-même.

1. L'AFFECTION EST INDÉPENDANTE DE L'OS

Les affections à tendance tuméfiante, sans modification de la peau, indépendantes de l'os sous-jacent peuvent se présenter sous l'aspect d'une tuméfaction mal limitée, plus ou moins diffuse ou sous celui d'une tuméfaction bien limitée, à contours relativement précis.

a) La tuméfaction est mal limitée.

1^o Le malade est porteur d'une infiltration plus ou moins diffuse du tissu cellulaire sous-cutané, s'accompagnant de douleurs parfois fort vives, mais ne s'associant pas à des signes généraux. L'examen bucco-dentaire montre des lésions au niveau de l'incisive latérale, de la canine ou de la pré-molaire supérieures.

Il s'agit d'une *cellulite*, dont l'existence est, à l'heure actuelle, encore, contestée par certains auteurs.

2^o Le malade est porteur d'une tuméfaction, apparue lentement et insidieusement, grossissant progressivement, donnant une impression de tension, molle, dépressible, augmentant de volume par la fatigue, ne s'accompagnant pas de signes généraux ni de douleurs dentaires.

Il s'agit d'une *phlébectasie*.

3^o Le malade est porteur d'une tuméfaction haute du sillon naso-génien, soit avec des signes d'inflammation, des douleurs très vives et une température élevée, soit sans signes d'inflammation sans douleurs sans température, mais s'accompagnant d'un larmoiement continu.

Il s'agit d'une *dacryocystite*.

b) La tuméfaction est bien limitée.

Dans ce cas il convient de procéder à un examen particulièrement approfondi. L'examen buccal doit faire rechercher une écorchure infectée banale, une stomatite, une gingivite, une ulcération tuberculeuse ou néoplasique, une blessure des parties molles par la canine ou l'incisive latérale supérieure ou par un appareil prothétique au niveau de ces mêmes dents, une pyorrhée, une pulpite,

une arthrite alvéolo-dentaire ou une mortification de la canine ou de l'incisive latérale supérieures. Cet examen buccal sera complété par une rhinoscopie antérieure qui devra décèler la moindre lésion ou la moindre érosion soit du septum nasal soit de la muqueuse du seuil narinaire. De cet examen découleront des conclusions de la plus haute importance :

**§ 1. — SI LA TUMÉFACTION S'ACCOMPAGNE
D'UNE LÉSION BUCCO-DENTAIRE OU NA-
SALE.**

Le malade est porteur d'une petite masse dure, à contour régulier, roulant sous le doigt, plus ou moins sensible à la palpation.

Il s'agit d'une adénite naso-génienne.

**§ 2. — SI LA TUMÉFACTION NE S'ACCOM-
PAGNE D'AUCUNE LÉSION BUCCO-DEN-
TAIRE OU NASALE.**

La symptomatologie se borne uniquement à l'existence d'une masse de consistance pâteuse, à contour plus ou moins net, plus ou moins mobile sur les plans profonds.

Il s'agit d'un kyste vrai ou d'un pseudo-kyste.

Cliniquement nous avons vu dans le chapitre précédent que le kyste vrai s'accompagne presque toujours d'une tuméfaction du seuil narinaire alors que, dans l'exemple unique que nous avons trouvé de pseudo-kyste on n'observait aucune déformation du seuil de la narine. Faut-il voir là la possibilité d'un diagnostic différentiel ? Nous ne le pensons pas car il est possible d'une part, que certains kystes naso-géniens ne déforment pas le seuil de la narine et que d'autre part, certains pseudo-kystes plus volumineux ou plus profonds que celui que nous avons pu observer, en raison même de leur profondeur et de leur volume, puissent arriver à déformer le seuil narinaire et à soulever la muqueuse qui le recouvre.

Enfin la distinction entre kyste mucoïde et kyste dermoïde nous paraît impossible cliniquement parlant.

En définitive, le diagnostic différentiel entre kyste vrai et pseudo-kyste d'une part, entre kyste mucoïde et kyste dermoïde d'autre part, nous paraît appartenir au domaine de l'anatomo-pathologie. Le diagnostic clinique qui doit toujours être porté avant toute intervention chirurgicale quelle qu'elle soit n'est pas forcément et ne doit pas être obligatoirement un diagnostic de variété ; il sera ici un diagnostic général et l'on pourrait par exemple accorder à ces tumeurs le nom générique de *tumeurs d'aspect kystique*.

Après l'intervention chirurgicale, si l'on a le souci d'un diagnostic rétrospectif précis et que l'on ait eu soin, comme nous l'avons fait, de prélever la pièce opératoire en totalité ou en partie afin de la soumettre à l'examen d'un histologiste, on pourra alors non seulement confirmer le diagnostic de tumeur d'aspect kystique mais encore être renseigné sur la variété de cette tumeur et porter le diagnostic rétrospectif de kyste vrai ou de pseudo-kyste d'une part, de kyste dermoïde ou de kyste mucoïde d'autre part.

2. L'AFFECTION EST ADHÉRENTE A L'OS OU EST UNE AFFECTION DE L'OS LUI-MÊME

L'inspection montrera que cette affection est bi-latérale et plus ou moins symétrique ou uni-latérale.

a) Si l'affection est bi-latérale.

1^o Le malade, un noir, est porteur d'une tuméfaction faciale en « as de pique » dont le début s'est accompagné de céphalée et a été précédé d'une éruption pianique.

Il s'agit d'un *goundou*.

2^o Le malade est porteur d'une tuméfaction qui s'est développée lentement, insidieusement, qui a d'abord déformé l'un des sillons naso-géniens puis l'autre, qui est restée très longtemps indolente, qui est souvent accompagnée d'expulsions dentaires.

Il s'agit d'une « *léontiasis ossea* ».

(Notons toutefois que la notion de bi-latéralité ne saurait toujours être de rigueur et qu'il est possible, assez rarement, d'observer des *léontiasis ossea* uni-latérales).

b) Si l'affection est uni-latérale.

On recherchera, par un examen buccal soigneux et un interrogatoire sérieux, si le malade présente ou a présenté des signes de monoarthrite apicale de l'incisive latérale ou de la canine supérieures.

§ 1. — L'ANAMNÈSE OU L'EXAMEN MONTRENT L'EXISTENCE D'UNE MONO-ARTHRITE APICALE.

1^o Le malade est porteur d'une tuméfaction rouge, chaude, très douloureuse, apparue rapidement, s'accompagnant d'une température élevée.

Il s'agit d'un *ostéo-phlegmon*.

2^o Le malade, un adulte, est porteur d'une tuméfaction recouverte d'une peau chaude, luisante, tendue, rosée. La palpation révèle un empâttement osseux, douloureux. La douleur spontanée est sourde. Les signes généraux sont peu marqués.

Il s'agit d'une *ostéo-myélite*.

3^o Le malade est porteur d'une tuméfaction recouverte d'une peau normale. La palpation montre une masse régulière arrondie faisant corps avec l'os. Le doigt qui palpe « sent à la périphérie la résistance osseuse, puis, se rapprochant du centre, il éprouve la sensation de balle de cellulose ou de feuille de parchemin qui se laisse déprimer par une légère pression ».

La radiographie confirmera le diagnostic de *kyste radiculo-dentaire*.

§ 2. — L'ANAMNÈSE OU L'EXAMEN MONTRENT L'ABSENCE DE MONO-ARTHRITE APICALE.

a) La tuméfaction est indolente.

Le malade est porteur d'une tumeur dure, faisant corps avec l'os. L'évolution est insidieuse. Les signes d'inflammation aiguë n'existent pas. Il n'y a pas de signes généraux. L'état général est satisfaisant.

L'existence de la tumeur s'accompagne d'un ébranlement ou même de l'expulsion spontanée des dents.

Les examens sérologiques et radiographiques ayant été pratiqués et ayant permis d'éliminer l'*ostéo-syphilis*, les signes cliniques : absence de douleur, évolution lente, bon état général, absence de métastases sont autant de signes qui plaident en faveur d'une *tumeur bénigne* et qui commandent l'ostéotomie exploratrice.

L'examen histologique de la biopsie pourra seul, en effet, nous fournir les éléments différentiels capables de nous faire conclure à l'existence : d'une *tumeur à myéloplaxes*, d'un *fibrome*, d'un *épithélioma adamantin*.

b) La tuméfaction est douloureuse.

Le sujet est porteur d'une tuméfaction qui est le siège de douleurs extrêmement vives. L'apparition de la tumeur a été brusque, son évolution est rapide. L'état général est mauvais, altéré.

L'âge du sujet pourra être assez souvent un signe de présomption : si le sujet est jeune on pourra penser à un *sarcome*, si le sujet a dépassé 35 ans on pourra penser à un *épithélioma*.

Mais ce n'est là qu'un signe de présomption qui est loin d'être constant et qui ne peut suffire à l'établissement d'un diagnostic différentiel aussi grave. Il faudra systématiquement s'astreindre à un examen clinique des plus soigneux qui comprendra notamment l'examen de l'antré d'Highmore, l'examen de la muqueuse buccale et, par rhinoscopie antérieure, l'examen de la muqueuse éthmoïdo-nasale. Des examens rhinoscopiques, diaphanoscopiques et radiographiques répétés montreront ou l'intégrité ou la morbidité de la muqueuse. Comme on le sait 50 % des épithéliomas du maxillaire supérieur reconnaissent comme origine l'épithélioma du sinus maxillaire, 25 % celui de la muqueuse alvéolaire et 25 % celui de la muqueuse éthmoïdo-nasale.

Si l'une de ces muqueuses nous a été révélée par les examens successifs que nous avons pratiqués comme étant le siège d'une altération cancéreuse la biopsie faite à son niveau et confiée à l'examen d'un histologiste permettra de conclure à l'existence d'un épithélioma du sinus maxillaire, de la muqueuse alvéolaire ou de la muqueuse éthmoïdo-nasale et par conséquent d'affirmer le diagnostic d'épithélioma propagé au maxillaire supérieur par contiguïté.

Si au contraire les examens que nous avons pratiqués se montrent

négatifs et révèlent l'intégrité de la muqueuse il s'agira alors d'une tumeur primitive de l'os : d'un sarcome.

II. — AFFECTIONS A TENDANCE ULCÉRANTE, DESTRUCTIVE OU NÉCROSANTE

Parmi les affections à tendance ulcérante, destructive ou nécrosante il conviendra de distinguer en premier lieu les affections qui intéressent la peau, celles qui intéressent le squelette et les fistules que nous mettons à part.

A. — AFFECTIONS QUI INTÉRESSENT LA PEAU

1^o Le malade est porteur d'une affection cutanée formée par un nombre plus ou moins grand d'éléments constitués chacun par un petit nodule. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la description que donne M. le Professeur GOUGEROT de ce nodule : « Les nodules (lupiques) sont de petits grains, de 1 à 3 millimètres, « rarement davantage, saillants ou non, isolés ou confluents, rouges « ou rouges orangés au premier abord, orangés ou gris jaunâtres à la « vitropression et demi-transparents... »

« Petitesse, teinte orangée ou grisâtre translucide à la vitro-pression, mollesse à l'aiguille du scarificateur, sensibilité à la palpation, tels sont les caractères cardinaux de la lésion élémentaire des « lupus tuberculeux. »

Devant un tel malade, le diagnostic de *lupus tuberculeux vrai* devra être posé. Du reste, le diagnostic de lupus vulgaire devra être soupçonné chaque fois qu'un malade présentera une lésion chronique de la peau durant depuis plus de trois mois et restant stationnaire ou s'étendant.

2^o Un malade est porteur d'un érythème rose ou rouge violacé sensible à la pression et au grattage s'accompagnant d'hyper-kératose, ayant une tendance à la régression cicatricielle centrale sans ulcération préalable, présentant le signe de BESNIER (douleur en passant l'ongle sur l'épiderme).

En présence de tels signes il faudra songer à un *lupus érythémateux*.

3° Le malade est porteur d'une lésion qui ressemble en tous points à des engelures, qui est apparue l'hiver qui s'atténue au printemps mais ne disparaît pas. On pourra alors porter le diagnostic de *lupus pernio*.

4° Le malade présente une lésion arrondie ou ovale, légèrement surélevée par rapport aux téguments voisins, à surface plane. Cette lésion n'est pas séparée des téguments voisins par un bord mais elle tranche sur ceux-ci par sa teinte et par son induration. Sa surface est érosive, lisse, couleur de chair musculaire. Cette lésion est absolument indolente.

L'examen sérologique précisera le diagnostic, déjà porté grâce aux signes cliniques, de *chancre syphilitique*.

5° Le malade est porteur d'une tumeur circonscrite, sphérique d'un volume variable présentant en son point culminant une ulcération présentant des bords taillés à pic non décollés laissant s'écouler un liquide gommeux filant et jaunâtre.

Les examens sérologiques là encore confirmeront le diagnostic de *gomme syphilitique*.

6° Le malade est porteur d'une ulcération arrondie ou ovale parfois festonnée, d'un ou plusieurs centimètres, recouverte par une croûte jaune brunâtre, très adhérente et plus ou moins épaisse, entourée d'un liseré rouge et d'une base œdématisée. La croûte recouvre une sérosité louche et une ulcération à bords taillés à pic, déchiquetée à fond rouge vif, inégale, granuleuse, semée de points jaunes purulents. La base est infiltrée et indurée. La lésion est indolente spontanément et peu douloureuse à la palpation.

La recherche, sur frottis ou par curetage, de la *leishmania* confirmera le diagnostic de *Bouton d'orient*.

7° Le malade est porteur d'une vaste ulcération qui peut secondairement envahir et nécroser l'os sous-jacent ; cette ulcération est accompagnée d'un jetage abondant de pus visqueux et collant par les fosses nasales dans lesquelles on aperçoit des croûtes fétides, striées de sang. L'ulcération est irrégulière, mutilante et profonde. Les bords sont rouge-violacés, livides, déchiquetés, décollés. Le fond est jaunâtre, sanieux, anfractueux, végétant, laissant suinter une sérosité louche fétide.

La notion de contact avec le cheval précisera le diagnostic de *morve*.

8° Le malade est porteur d'une ulcération irrégulière, saignant au moindre contact, les bords sont taillés à pic, le fond est rougeâtre et végétant, saignant facilement. La progression de l'ulcération est rapide. La base est indurée. La lésion est indolente.

La biopsie précisera le diagnostic d'*épithélioma, spino-cellulaire* le plus souvent, ce qui implique immédiatement l'idée des conséquences thérapeutiques à savoir que : cette variété d'épithélioma semble réfractaire à la radiothérapie.

9° Le malade présente une ulcération qui siège sur une lésion qui jusqu'ici n'avait l'apparence que d'une tuméfaction. Cette ulcération laisse apercevoir de gros bourgeons vasculaires. Tantôt elle reste superficielle rouge et lisse, tantôt elle creuse plus ou moins profondément des cavernes anfractueuses.

La biopsie précisera le diagnostic de *sarcome*.

10° Le malade est porteur d'une ulcération d'un aspect extrêmement polymorphe ressemblant soit à une ulcération tuberculeuse soit à une ulcération syphilitique soit à une farcinose mutilante de la face soit à un cancer.

Ce n'est qu'en pensant toujours à la possibilité de la *sporotrichose* que le diagnostic pourra être fait.

Écoutons plutôt ce qu'en dit M. le Professeur GOUGEROT :

« Il est du devoir absolu du médecin de penser aux sporotrichoses devant toute lésion qui autrefois n'éveillait dans son esprit que l'idée de tuberculose, de syphilis, de morve, de suppuration chronique ou subaiguë. Il est nécessaire de discuter ce diagnostic, même dans les cas de tuberculose et de syphilis qui semblent les plus évidents. C'est seulement en y pensant toujours que l'on en découvrira quelques cas pour le plus grand bonheur du bénéficiaire. »

Dès qu'on a pensé au diagnostic de sporotrichose, la culture sur gélose glycosée-peptonée de SABOUREAU confirmera le diagnostic.

B. — AFFECTIONS QUI INTÉRESSENT LE SQUELETTE

1° Le malade est porteur d'une nécrose caractérisée par sa tendance à l'envahissement, sa marche torpide et la lenteur de limitation

du processus nécrotique. Les séquestres sont volumineux, anfractueux, hérissés de petites lamelles osseuses et ne se mobilisent que très lentement.

Tous ces signes liés à la connaissance de la profession du malade conduiront au diagnostic de *nécrose phosphorée*.

2° Le malade est porteur d'une nécrose caractérisée par les douleurs extrêmement vives qui l'accompagnent, la séquestration ne s'opère que lentement. L'anamnèse permet de préciser qu'il s'agit d'un malade qui a subi un traitement radio-thérapique ou bien d'un ouvrier qui exécute des peintures lumineuses à l'aide de substances radio-actives.

L'aspect des lésions et l'anamnèse permettent de conclure à l'existence d'une *radio-nécrose*.

3° Le malade est porteur d'un vaste délabrement maxillo-facial ayant évolué assez rapidement, s'accompagnant de douleurs vives, donnant à l'os un aspect grignoté comme s'il était rongé « en dentelle » plus ou moins profondément. Les bords et le fond de l'ulcération saignent au moindre contact.

Il faut alors songer à l'*épithélioma térébrant*.

C. — LES FISTULES

Lorsqu'un malade présente une fistule naso-génienne le premier signe à rechercher doit être le siège exact de cette fistule : une fistule haute, siégeant au-dessus du tendon direct de l'orbiculaire est une *fistule lacrymale*.

Les autres fistules qui siègent toujours à un demi-centimètre au moins au-dessous du rebord orbitaire inférieur peuvent reconnaître des origines diverses.

1° La fistule est une petite ulcération régulière, arrondie, laissant sourdre un pus crémeux, épais, bien lié. L'exploration au stylet du trajet fistuleux conduit au contact de l'os :

Il s'agit d'une *fistule d'origine dentaire*.

2° La fistule est une ulcération à bords surélevés, taillés à l'emporte-pièce, à fond jaunâtre et bourbillonneux laissant sourdre une sérosité

louche. Le stylet qui suit le trajet fistuleux conduit sur une gomme :

Il s'agit d'une fistule syphilitique.

3^o La fistule présente des bords décollés. la peau est violacée tout autour et un stylet introduit dans la fistule, montre qu'il existe des décollements cutanés s'étendant assez loin. Cette fistule laisse s'écouler un pus verdâtre ou séreux et mal lié contenant des grumeaux caséeux :

Il s'agit d'une fistule tuberculeuse.

CONCLUSIONS

I. — Le sillon naso-génien ou région naso-génienne ne doit pas être envisagé seulement comme la limite entre la région jugale et la région nasale. Il mérite encore d'être considéré comme une véritable région anatomique ayant une individualité, des limites et une topographie qui lui sont propres.

II. — Des lésions, extrêmement multiples, de la peau, du ganglion naso-génien, des vaisseaux, du squelette sous-jacent et des dents, du sac lacrymal peuvent modifier considérablement l'aspect de la région naso-génienne.

III. — Le diagnostic différentiel de ces affections multiples se base essentiellement sur l'aspect de la déformation, tantôt à tendance tuméfiante, tantôt à tendance ulcérannte, destructive ou nécrosante, sur l'état de la peau, sur la mobilisation ou non de la masse tumorale sur les plans profonds et, éventuellement, sur les renseignements fournis par d'autres moyens d'investigation tels que les réactions sérologiques et la radiographie. Enfin l'examen histologique soit par biopsie pré-opératoire, soit post-opératoire, permettra assez souvent de confirmer le diagnostic.

IV. — Nous n'avons pas à envisager ici la thérapeutique des affections qui atteignent le sillon naso-génien car, étant donné la grande variété de ces affections, chacune d'elle nécessite une conduite qui lui est propre et qui découle du diagnostic posé.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse*
CUNÉO

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

1. ARADIE, 1928. — A propos des tumeurs à cellules géantes in *Annales d'anato. patho. et d'anato. normale méd. chirur.* t. V, n° 5, mai 1928, p. 513.
2. ACHARD, 1934. — Étude anatomo-clinique des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. *Thèse de Paris.*
3. ALONSO et ROGLIA, 1937. — Ostéomyélite aiguë des maxillaires. In *revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, juin 1937, p. 612.
4. ARNAL, 1880. — Étude clinique sur la résection et les tumeurs du maxillaire supérieur. *Thèse de Paris.*
5. ARNOLDI, 1929. — Sur la genèse des kystes du vestibule nasal (in *Zeitschrift für Laryngologie*, vol. XVIII, p. 58-59, 1929), in *Annales d'O. R. L.*, 1931, p. 364.
6. AUDHUY, 1931. — Les kystes d'origine dentaire, diagnostic, traitement, suites de traitement. *Thèse de Bordeaux.*
7. AUVRAY, 1920. — Sarcome à myéloplaxes du maxillaire supérieur. (In *Bullet. Soc. nat. de Chirur. de Paris.* t. XLVI, 1920, p. 1099.
8. BAGOT, 1917. — Contribution à l'étude des anévrysmes artério-veineux chez les blessés de la guerre actuelle. *Thèse de Paris.*
9. BALDENWECK, 1933. — A propos des kystes mucoïdes du vestibule nasal. XXXIX^e Congrès de la Soc. Belge d'O. R. L., 8 et 9 juillet 1933, in *Annales d'O. R. L.*, 1934, p. 75.
10. BALTHAZARD, 1928. — *Précis de Médecine Légale.* Paris, 4^e édition.
11. BARA, 1926. — Contribution à l'étude bactériologique du granulome paradentaire. *Thèse de Lille.*
12. BARTHELEMY, 1909. — Étude statistique sur les naevi. *Annales Dermato. et syphil.*, 1909, p. 685.
13. BEDOUCHA, 1932. — Contribution à l'étude et au traitement des kystes sébacés. *Thèse de Paris.*
14. BERCHER, 1933. — Les tumeurs des mâchoires liées à l'existence du système dentaire. In *Pratique Stomatologique*, t. II, *Pathologie Dentaire*, chap. XI, p. 439.
15. BERCHER et ARNON, 1932. — Kyste dentifère du maxillaire supérieur. Communication faite à la Soc. de Stomat. séance du 21 nov. 1932, in *Revue de Stomatologie*, t. XXXV, janvier 1933.
16. BERCHER et CODVELLE, 1932. — Classification des tumeurs d'origine dentaire. Communication faite à la Soc. de Stomat. séance du 24 mai 1932. In *Revue de Stomatologie*, t. XXXIV, juillet 1932, p. 411.
17. BERCHER et VILENSKI, 1926. — Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire. Conférences faites à l'École d'Application du Val-de-Grâce, in *Revue de Stomatologie*, 1926, p. 505.

18. BERNARD et PARAF, 1926. — Les intoxications, in *Précis de Pathologie Médicale*, t. II, p. 539, Paris.
19. BESNIER, 1891. — Un cas de morve. Société Française de Dermat. et de Syph., séance du 3 avril 1891, in *Bulletin de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.*, 1891, p. 184.
20. BEZANÇON et PHILIBERT, 1926. — Maladies infectieuses, in *Précis de Pathologie Médicale*, t. I et t. II, Paris.
21. BLOCH, 1902. — Quelques observations de kystes paradentaires, de leur traitement, in *Revue de Stomatologie* 1902, p. 185.
22. BLOCH, 1934. — Présentation d'un malade atteint d'un ostéome probable du maxillaire supérieur. Société de Laryngologie des Hôpit. de Paris, séance du 15 janvier 1934. In *Annales d'O. R. L.*, 1934, p. 421.
23. BLOCH, LARROQUE et GRUPPER, 1936. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson. Société de Laryngologie des Hôpit. de Paris, séance du 18 novembre 1936. In *Annales d'O. R. L.*, 1936, p. 228.
24. BOHÈME et MICHON, 1929. — Sur la classification actuelle des tumeurs malignes primitives des os. In *Annales d'anat. path. et d'anat. normale médic. chirurg.*, t. VI, n° 5, mai 1929, p. 539-548.
25. BONNEROT, 1924. — Étude de quelques cas rares d'actinomyose humaine. *Thèse de Paris*.
26. BOTREAU-ROUSSEL, 1917. — Note sur le n'goundou. *Bulletin de la Soc. de Path. exotique*, t. X, p. 480.
27. BOTREAU-ROUSSEL, 1920. — Le goundou. *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, t. XVII, p. 612.
28. BOTREAU-ROUSSEL. — Le pian, in *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau, Dumas et Babonneix, t. XV.
29. BOTREAU-ROUSSEL. — Ostéites pianiques. Collection de la *Soc. de Pathologie exotique*.
30. BOURDIER, 1932. — Kystes paradentaires et conservation des dents. *Thèse de Bordeaux*.
31. BOURGEOIS, 1925. — Kyste radicaire développé dans la joue. *Soc. de Laryngologie des Hôp. de Paris*. Séance du 10 juin 1925. In *Annales d'O. R. L.*, 1925, p. 1065.
32. BOURGOIN, 1908. — Des kystes paradentaires, leur traitement par l'énucléation. *Thèse de Paris*.
33. BOUYSSOU, 1903. — Traitement des kystes paradentaires. *Thèse de Paris*.
34. BRODIER, 1922. — Catalogue des moulages coloriés. Musée de l'Hôpital Saint-Louis.
35. BRUMPT et NEVEU-LEMAIRE, 1929. — Travaux pratiques de parasitologie. Paris.
36. BRUNHAMMER, 1909. — Du prétendu endothéliome. *Thèse de Lyon*.
37. BULLIARD et CHAMPY, 1929. — Abrégé d'histologie. Paris, 4^e édition.
38. CADENAT, 1927. — Furoncle de la lèvre supérieure. *L'Hôpital*, 1927, 1^{er} mai, p. 287.
39. CADENAT-BOISSON, 1934. — Contribution à l'étude des kystes dentifères. *Thèse de Toulouse*.
40. CALAZEL, 1911. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes des mâchoires. *Thèse de Montpellier*.

41. CAPETTE-LAPLAINE, 1913. — Adénites de la joue d'origine dentaire. *Thèse de Paris*.
42. CARAVEN, 1910. — Ostéites et ostéoarthrites mycosiques. *Thèse de Paris*.
43. CARBONELL, 1930. — Contribution à l'étude de l'étiologie dentaire des adénites cervico-faciales. *Thèse de Paris*.
44. CHENET, 1914. — Contribution à l'étude clinique des kystes paradentaires. *Thèse de Paris*.
45. CHÈZE, 1924. — *Thèse de Paris*.
46. CIPOLIA, 1909. — Un gravo caso di osteoperiostite gommosa della regione nasale con vasta distruzione consecutiva, provocato da lesione traumatica, in *Reformá Medica*, 26^e année, n° 1, (analyse in *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1909, p. 133.)
47. CITELLI (de Catane), 1908. — XI^e Congrès de la Soc. Ital. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. In *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx*, 1908, t. II, p. 82.
48. CLOQUET. — Traité d'anatomie, t. II, p. 593.
49. CŒUILLEZ, 1909. — Étude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse. *Thèse de Paris*.
50. CONTENEAU, 1902. — Adénites d'origine dentaire. *Thèse de Paris*.
51. CORNET, 1924. — La chirurgie « à la demande » dans le traitement des tumeurs malignes du massif facial supérieur. *Thèse de Paris*.
52. COURJON, 1912. — La syphilis osseuse et les accidents du travail. *Thèse de Paris*.
53. CUMSTON, 1904. — Quelques remarques sur les kystes dentifères. In *Revue de Chirurgie* 1904, p. 31.
54. DALLEY, 1920. — Naevi miliaires télangiectasiques de la face (adénomes sébacés de Balzer-Pringle). *Thèse de Bordeaux*.
55. DANLOS et FLANDIN, 1909. — Sporotrichose cutanée simulant l'épithélioma ou la tuberculose papillomateuse. Soc. Franç. de Dermat., et de Syphil., séance du 1^{er} juillet 1909, in *Bulletin de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil.*, 1909, p. 251.
56. DANLOS et GASTOU, 1904. — Séance du 16 décembre 1904 de la Soc. méd., des Hôpit., in *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpit.*, 1904, p. 1200.
57. DARIER. — *Précis de Dermatologie*.
58. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Les sporotrichoses.
59. DECHAUME, 1927. — De la résection totale dans le traitement des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. *Thèse de Lyon*.
60. DECHAUME, 1932. — Les mycoses cervico-faciales. Rapport présenté au VII^e Congrès franç. de Stomat., Paris.
61. DECHAUME, 1932. — Deux observations d'épithéliomas du maxillaire supérieur. Considérations étiologiques et thérapeutiques. Société de Stomatologie, séance du 21 juin 1932, in *Revue de Stomatologie*, 1932, p. 473.
62. DECHAUME, 1933. — Leontiasis ossea. Société de Méd. de Paris, 10 novembre 1933, in *Presse Médic.*, 1933, p. 1947.
63. DELATER et BERCHER, 1923. — Le granulome paradentaire. In *Revue de Stomatologie*, 1923, p. 257, 321, 385.
64. DELBET et MOCQUOT. — Maladies chirurgicales des artères. In *Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. XI.
65. DESCHAMPS, 1931. — Maladies des Vaisseaux, in *Précis de Pathologie médicale*, t. IV, p. 819.

66. DESPONS et BERNARD, 1937. — A propos de l'adamantinome. *In Revue de Laryng., d'Otol., de Rhinol.*, 58^e année, n° 5, p. 568.
67. DIOCLES, 1912. — Étude sur le résultat de la résection du maxillaire supérieur. *Thèse de Lyon.*
68. DOBKEVITCH (M^{lle}). — Tumeurs épithéliales bénignes. *In Pratique Dermatologique.*
69. DRESCH, 1909. — De l'origine endonasale du lupus. *Thèse de Toulouse.*
70. DUFOURMENTEL, 1920. — L'évolution clinique des kystes dentaires. Communication à la Soc. d'Odontologie, séance du 10 janvier 1920, *in l'Odontologie*, 30 mai 1920, p. 225, 40^e année, vol. LVIII, n° 5.
71. DUFOURMENTEL, 1931. — Sarcomes du maxillaire supérieur. Séance du 10 novembre 1931 de la Soc. Odontol de France, *in Revue Odontologique*, février 1932, p. 104.
72. ELIAS, 1906. — Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire d'origine inflammatoire. *Thèse de Lyon.*
73. ERTINGER, 1937. — Résumé succinct de l'embryologie des maxillaires. *In La Semaine Dentaire*, 1937, n° 7, p. 157.
74. ESTLANDER, 1879. — Étude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur traduite du Suédois par L. Thomas. *In Revue de Médecine et de Chirurgie*, 1879, t. III, p. 380.
75. FABRI, 1911. — Contribution à l'étude clinique et au traitement des kystes paradentaires. *Thèse de Bordeaux.*
76. FALLIES, 1915. — Contribution à l'étude des anévrysmes consécutifs aux blessures de guerre. *Thèse de Paris.*
77. FETTU, 1924. — Un cas de leontiasis ossea. *Thèse de Paris.*
78. FLEURY, 1933. — Les syndromes dentaires, *in Pratique Stomatologique*, t. II, p. 44.
79. FONT, 1921. — Sarcomes de la joue. *Thèse de Toulouse.*
80. FOURNIER, 1913. — Adénites de la joue d'origine dentaire. *Thèse de Paris.*
81. FRANÇOIS, 1914. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson. *Thèse de Paris.*
82. FRAVAL, 1908. — Contribution à l'étude historique et clinique des tumeurs osseuses à myéloplaxes. *Thèse de Paris.*
83. FREY, 1920. — A propos d'un kyste dentifère. *Revue de Stomatologie*, 1920, p. 331.
84. FRITEAU, 1904. — Adénites génienues d'origine dentaire. *In l'Odontologie* 29 février 1904.
85. FROMONT, 1926. — Des kystes corono-dentaires. *Thèse de Paris.*
86. GAGNIER, 1910. — De l'ostéo-fibrome du maxillaire supérieur. *Thèse de Paris.*
87. GANGOLPHE, 1886. — Kystes hydatiques des os. *Thèse de Paris.*
88. GAREL et PISTRE, 1915. — Volumineux angiome naso-génien à évolution rapide et fatale chez une enfant de 3 ans. *In Revue de Laryng. d'Oto. et de Rhino.*, 31 octobre 1915.
89. GENTSCH, 1932. — Contribution à la pathogénie et à la clinique des adamantinomes du maxillaire supérieur. (*Beitrag. zur pathol. und Klinik der Oberkiefer-adamantinome*), *in Arch. f. Ohren*, Berlin, 1932, t. CXXXIII, fasc., 4, p. 312-323, *In Annales d'O. R. L.*, 1934, p. 1071.
90. GOUGEROT, 1932. — La dermatologie en clientèle, Paris, 5^e édition.

91. GOUGEROT et ELIASCHEFF (Mlle), 1936. — Lymphadénie (lymphocytome) nodulaire sous-cutanée et muqueuse périostique disséminée. *In Bulletin de la Soc. Franç., de Dermat. et de Syph.*, 1936, p. 969.
92. GRÉGOIRE. — Les anévrysmes artério-veineux.
93. HALLOPEAU, 1891. — Naevi, *in Progrès Médic.*, 1891, t. II, p. 17.
94. HALPHEN et ZHA, 1934. — Kyste du vestibule nasal. Société de Laryng. des Hôpit. de Paris, séance du 18 juin 1934, *in Annales d'O. R. L.*, 1934, p. 1004.
95. HLAVACEK (Prague), 1935. — Les kystes séro-muqueux du vestibule nasal (Casopis lékařu ceshych, 1935, n° 44-45). *In Annales d'O. R. L.*, 1936, p. 1103.
96. HOUPERT et FRIEZ, 1934. — Les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire, Paris.
97. HOVELACQUE, 1927. — Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système grand sympathique de l'homme. Paris.
98. HOVELACQUE, 1934. — Ostéologie, crâne et face. Paris.
99. HUET, 1925. — Contribution à l'étude des tumeurs des os. *Thèse de Paris.*
100. HUGHES, 1869. — Naevi pigmentaires. *Thèse de Paris.*
101. HUSSON, 1900. — Diagnostic différentiel du lupus, de la syphilis et du cancer de la face. *Thèse de Paris.*
102. IVANISSEVICH, 1934. — Hidatidosis osea, Buenos Ayres.
103. JACQUES, 1932. — Les kystes mucoïdes congénitaux du seuil narinaire. Soc. Franç. d'O. R. L., Congrès de 1932, *in Annales d'O. R. L.*, 1933, p. 1004.
104. JACQUES, 1932. — Signes, diagnostic et traitement des kystes paradentaires. Exposé fait au Congrès international de Stomatologie à Sofia, août 1932.
105. JACQUES, 1934. — Kystes radiculaires sur dents saines chez les enfants. Communication au XLVII^e Congrès de la Soc. Franç., d'O. R. L., Paris, octobre 1934. *In Annales d'O. R. L.*, Paris, 1935, p. 823 et p. 949.
106. JEANSELME. — La lèpre. Paris.
107. KIRMISSON. — Précis de Chirurgie infantile.
108. KLESTADT, 1922. — Étude embryologique et théorique sur les kystes de la fente faciale et des tumeurs analogues, *in Zeitsch. f. Ohrenheilk.* t. LXXXI, n° 5, *in Annales d'O. R. L.*, 1922, p. 636.
109. LACHARITE, 1928. — Tumeurs des os à cellules géantes. *In Archives de l'Institut du Radium de l'Université de Paris et de la Fondation Curie*, vol. 1, fasc., 4, p. 535, *in Journal de Radiol. et d'Electrol.*, t. XII, n° 2, novembre 1928, p. 521.
110. LAMARQUE, 1920. — Diagnostic clinique rétrospectif du Bouton d'Orient, d'après l'aspect des cicatrices. *Thèse de Paris.*
111. LANNELONGUE et ACHARD, 1886. — Traité des kystes congénitaux, Paris.
112. LAURENS, — Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique.
113. LAURENS, 1931. — Précis d'Oto-rhino-laryngologie.
114. LAVERGNE, 1920. — Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur. *Thèse de Paris.*
115. LE BALLE, 1916. — Anévrysmes artério-veineux de guerre. *Thèse de Paris.*

116. LEBEDINSKY, 1902. — Adénites génienues, in *Archives de Stomatologie*, 1902.
117. LEBEDINSKY, 1928. — Contribution à l'étude des adénites aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire. *Thèse de Paris*.
118. LEBLANC, 1924. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur. *Thèse de Bordeaux*.
119. LECÈNE, 1926. — Face, bouche et glandes salivaires, in *Thérapeutique chirurgicale*, par Lecène et Leriche, t. II, p. 77, Paris.
120. LECÈNE, 1928. — Les tumeurs. In *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 197, 5^e édition, Paris.
121. LECÈNE, 1928. — Affections chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 351, 5^e édition, Paris.
122. LECÈNE, 1928. — Maladies des artères, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 481, 5^e édition, Paris.
123. LECÈNE, 1928. — Maladies des Veines, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 515, 5^e édition, Paris.
124. LECÈNE, 1928. — Maladies des vaisseaux lymphatiques, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 396, 5^e édition, Paris.
125. LECÈNE, 1928. — Maladies des ganglions lymphatiques, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 411, 5^e édition, Paris.
126. LECÈNE, 1928. — Maladies des tendons, des gaines synoviales et des bourses séreuses, in *Précis de Path. Chirurg.*, t. I, p. 477, 5^e édition, Paris.
127. LEDUC, 1905. — Adénites génienues. *Thèse de Paris*.
128. LE HIR, 1919. — Anévrysmes artério-veineux de guerre. *Thèse de Montpellier*.
129. LEJARS, 1893. — Leçons de clinique chirurgicale de la Pitié, p. 317.
130. LEMAITRE (F.), 1911. — Ostéosarcomes simulant des kystes dentaires du maxillaire supérieur, en collaboration avec M. le Professeur Sébileau. Communication faite à la Société de Stomatologie.
131. LEMAITRE (F.), 1921. — Éléments d'anatomie pathologique indispensables au laryngologiste. Conférences faites durant l'année scolaire 1921-22, à l'Hôpital Saint-Louis. In *Archives internationales de Laryng., d'Otol et de Rhinol.*, nouvelle série, t. II, novembre 1923, in *titres et travaux scientifiques* du Dr F. Lemaître, p. 483.
132. LEMAITRE (F.), 1923. — Épithéliomas du maxillaire supérieur et radiographie, en collaboration avec Charles Ruppe. Communication faite à la Société de Stomat., le 14 mai 1923, in *Revue de Stomat.*, XIV^e année, n° 8, août 1923, p. 447, in *Titres et Travaux Scientifiques*, du Dr F. Lemaître, p. 432.
133. LEMAITRE (F.), 1923. — Congrès international du Cancer, in *Presse Médic.*, 25 août 1923.
134. LEMAITRE (F.), 1926. — Thérapeutique chirurgicale des maladies du nez, des fosses nasales et du sinus, in *Thérapeutique chirur.*, par Lecène et Leriche, t. II, p. 428, Paris.
135. LEMAITRE (F.), ROUGET et RUPPE, 1924. — Un cas de leontiasis ossea In *Annales des maladies de l'oreille*, 1924, p. 582. Réunion mensuelle des O. R. L., des Hôpitaux de Paris, séance du 9 février 1924.

136. LEMAITRE (Y.), 1935. — Société de Laryngologie des Hôpit. de Paris, 20 mai 1935, in *Annales d'O. R. L.*, 1935, p. 1243.
137. LENORMAND, 1928. — Maladies inflammatoires et infectieuses de la face. In *Précis de Path. Chirur.*, t. II, p. 582, 5^e édition, Paris.
138. LENORMAND, 1928. — Maladies chirurgicales des mâchoires et de l'articulation temporo-maxillaire, in *Précis de Path., chirur.*, t. II, p. 627, 5^e édition, Paris.
139. LENORMAND, 1928. — Kystes et tumeurs congénitales de la face. In *Précis de Path., chirur.*, t. II, p. 568, 5^e édition, Paris.
140. LESSERTISSEUR, 1923. — Traitement par les rayons X des épithéliomas spino-cellulaires ou épidermoïdes de la peau, *Thèse de Paris*.
141. LOTAR HOFMANN, 1926. — Contribution à l'étude histologique et clinique des ostéo et chondro-sarcomes du maxillaire supérieur. In *Annales des malad. de l'oreille*, 1926, p. 433.
142. LOYAUTÉ, 1921. — Des ostéites diffuses du maxillaire supérieur d'origine dentaire. *Thèse de Paris*.
143. LUNEAU, 1918. — Les nevi systématisés. *Thèse de Paris*.
144. MAILLET, 1908. — Contribution à l'étude des lipomes ostéo-périostiques. *Thèse de Bordeaux*.
145. MALEPLATE, 1931. — Adénites génienues d'origine dentaire, cellulites aiguës et chroniques. *Thèse de Paris*.
146. MARTIN, 1919. — Syphilis tertiaire du bourgeon médian. *Thèse de Lyon*.
147. MASCAGNI (Paulo). — Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et ichnographia.
148. MASSARY (de) et BOQUIEN, 1929. — Un cas de leontiasis sessea. In *Bulletin et mémoires de la Soc. médic.*, des Hôpit. Paris, 10 juin 1929, n° 19, p. 717.
149. MASSARY (de) et RACHET, 1924. — Un cas de leontiasis ossea. In *Bulletins et Mémoires de la Soc. médic.*, des Hôpit. de Paris, 25 janvier 1924, p. 91.
150. MAUCLAIRE. — Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau, p. 187.
151. MAUCLAIRE 1908. — Maladies des os, in *Nouveau traité de chirurg.*, de Le Dentu et Delbet, t. V, Paris.
152. MAUREL, 1913. — Nécrose tuberculeuse du maxillaire supérieur en collaboration avec M. Maucclair. In *Bulletin, Soc. d'Anatomie*, 1913, p. 46.
153. MAUREL, 1913. — Un cas de syphilis mutilante en collaboration avec M. Fernet. In *Bull. de la Soc. de Dermat.*, 1913, p. 559.
154. MAUREL, 1914. — Kyste d'origine dentaire du maxillaire supérieur en collaboration avec M. Chompret, in *Revue de Stomat.*, 1914, p. 151.
155. MAUREL, 1920. — Un cas mortel et un cas grave (nécrose du maxil.), de stomatite mercurielle, en collaboration avec M. Renard. In *Revue de Stomat.*, 1920, p. 166.
156. MAUREL, 1921. — Kyste para-dentaire du maxillaire supérieur en rapport avec une mortification pulpaire sans carie. Communication à la Soc. de Stomat., séance du 23 mai 1921. In *Revue de Stomat.*, 1921, p. 396.
157. MAUREL, 1923. — 4 cas de kystes dentifères, opération, guérison. In *Revue odonto*, mars 1923.

158. MAUREL, 1924. — Volumineux kystes dentifères pris pour une tumeur maligne inopérable du maxillaire supérieur, opération, guérison, in *Revue odont.*, août-sept., 1924.
159. MAUREL, 1925. — Étude clinique et chirurgicale des épithéliomas adaman-tins. In *Presse dentaire*, 1925. In *Semaine dentaire*, 1925, n° 47 et 48.
160. MAUREL, 1931. — Chirurgie maxillo-faciale, Paris.
161. MAUREL, 1935. — Collection suppurée d'origine dentaire : ostéo-phleg-mon et adéno-phlegmon, in *Semaine dentaire*, 28 avril 1935.
162. MEJIA, 1928. — Traitement du furoncle et de l'anthrax des lèvres. *Thèse* de Bordeaux.
163. MENIÈRE, 1932. — Un cas de leontiasis ossea, VII^e Congrès Franç. de Sto-mat. Paris, 3-8 oct. 1932, in *Revue de Stomat.*, 1932, p. 614.
164. MONTES, 1905. — Adénites génienues. *Thèse* de Paris.
165. MORESTIN, 1911. — Affections chirurgicales de la face, in *Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. XV, p. 151, Paris.
166. MOURE, LIÉBAULT et CANUYT, 1922. — Technique chirurgicale, O. R. L., 2^e fasc., Paris.
167. MOUTON, 1905. — La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spéciale-ment dans ses rapports avec les affections du système den-taire, *Thèse* de Nancy.
168. NADAL, 1924. — Traitement actuel des naevocarcinomes. *Thèse* de Paris.
169. NATA, 1920. — Contribution à l'étude des hygromas prérotuliens *Thèse* de Bordeaux.
170. NAVEAU, 1919. — Contribution à l'étude des anévrysmes artériels pé-riphériques chez l'enfant et l'adolescent. *Thèse* de Lille.
171. NOGUE, 1905. — Adénites génienues d'origine dentaire, in *Arch. Stom.*, mars 1905.
172. NOVE-JOSSERAND et TAVERNIER, 1927. — Tumeurs malignes des os. Paris.
173. OMBREDANNE, 1909. — Maladies des mâchoires, in *nouveau traité de chirur.*, t. XVI, Paris.
174. OUMIKOV (M^{lle}), 1935. — Cellulite en O. R. L. *Thèse* de Paris.
175. PANISSET. — Les maladies des animaux transmissibles à l'homme.
176. PAUTRIER. — P. 475, 515, 733, 835. In *Nouvelle Pratique Dermat.*
177. PAUTRIER et LUTEMBACHER, 1909. — Nouveau cas de sporotrichose si-mulant la tuberculose de la face. Soc. Franç. de Dermat. et syphil., séance du 1^{er} juillet 1909, in *Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil.*, 1909, p. 254.
178. PHILIBERT, 1931. — Précis de bactériologie médicale, Paris, 2^e édition.
179. PIQUET, 1936. — Kyste dermoïde du maxillaire supérieur, in *Annales d'O. R. L.*, 1936, n° IV, p. 381.
180. POIRIER, CHARPY et CUNÉO. — Abrégé d'anatomie.
181. POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine.
182. PONCET et BÉRARD, 1898. — Traité clinique de l'actinomycoze humaine.
183. POOT, 1921. — Contribution au traitement des chéloïdes. *Thèse* de Paris.
184. PORTMANN. — Technique O. R. L.
185. PORTMANN et CAYE, 1935. — Les tumeurs fibreuses hyperplasiques du massif maxillaire supérieur. Travail de la clinique d'O. R. L., de la Fac. de Médec. de Bordeaux, in *Revue de Laryng.*, 1935, p. 773, 56^e année, n° 7.
186. PORTMANN et DESPONS, 1936. — Considérations sur les tumeurs malignes du massif facial supérieur, in *Revue de Laryng.*, 1936, p. 4.

187. PORTMANN et RETROUVEY, 1927. — Le cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx. Paris.
188. PRINCETEAU, 1899. — Ganglions lymphatiques de la joue, in *Gaz. hebd. des Sciences Médic.*, de Bordeaux.
189. PROUST, 1920. — De l'actinothérapie combinée à l'électrolyse négative dans le traitement des naevi plans vasculaires. *Thèse de Paris*.
190. QUINLEAU, 1902. — Destruction syphilitique de l'os maxillaire. Académie de Médec, de New-York, séance du 22 janvier 1902, in *Revue hebd. de Laryng.*
191. RAMER, 1934. — De l'odontome. Travail de la section de chirur. maxillo-faciale de stomat., à l'Institut du traitement Prothétique de Moscou. In *Semaine dent.*, XVI^e année, n° 48, 2 décembre 1934, p. 1282.
192. RATEAU, 1923. — Adénites génienues, in *Revue de Laryng.*
193. RAVOT, 1908. — Étude sur le chlorome. *Thèse de Lille*.
194. RICHARD, 1927. — Adénopathies péri-buccales et dents, in *Paris Médic.*, sept. 1927.
195. RICHER. — Anatomie artistique. Description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements.
196. ROBIN, 1916. — Kyste hydatique des os. *Thèse de Lyon*.
197. ROUSSEAU-DECELLE et RAISON, 1933. — Affections des maxillaires, in *Prat. Stomat.*, t. I, Paris.
198. ROUSSEAU-DECELLE et RAISON, 1933. — Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale, in *Prat. Stomat.*, t. I, Paris.
199. ROUSSY et WOLFF. — Épithélioma de la peau, in *Nouveau traité de Médecine*, t. V.
200. ROUSSY, BERTRAND, GRANDCLAUDE et HUCUENIN, 1930. — Travaux pratiques d'anatomie pathologiques, 4^e édition, Paris.
201. ROUVIÈRE, 1930. — Précis d'anatomie et de dissection, 5^e édition, Paris.
202. ROUVIÈRE, 1927. — Anatomie humaine descriptive et topographique, 2^e édit., Paris.
203. ROUVIÈRE, 1932. — Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris.
204. ROY, 1924. — Les kystes dentifères, leur pathogénie. In *l'Odontologie*, 1924, p. 439, 44^e année, n° 6, vol. 62.
205. RUPPE, 1924. — Ostéite fibreuse du maxillaire. *Thèse de Paris*.
206. RUPPE, 1935. — Séméiologie des affections de la bouche et des dents, Paris.
207. SABRAZES, 1930. — Exposé des recherches de A. von Albertini (de Zurich) sur les tumeurs à cellules géantes. In *Gaz. Hebd. des Sciences méd.* de Bordeaux, n° 13-14-15-16. 30 mars, 6-13-20 avril 1930.
208. SABRAZES, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, 1932. — Les tumeurs des os. Paris.
209. SASSIER, 1927. — Lymphatiques des gencives, in *Bulletin Soc. Anat.* février 1927.
210. SCHECHTER, 1935. — Traitement du furoncle de la lèvre supérieure. *Thèse de Paris*.
211. SÉNÈQUE, 1927. — Traitement du furoncle de la lèvre supérieure, in *Presse Médic.*, 1927, 23 juillet, p. 925-927.
212. SENTOU, 1919. — Contribution à l'étude de l'hygroma tuberculeux, rétro-olécrânien. *Thèse de Bordeaux*.
213. SPILLMANN, — Syphilis osseuse.

214. SZMULEWICZ, 1937. — Odontome et parodontome. Travail de la clinique O. R. L. de la Fac. de Médecine de Montpellier, in *Revue de Laryng.* Mai 1937, p. 539, 58^e année, n° 5.
215. TERRIEN, 1924. — Précis d'ophtalmologie, 3^e édit. Paris.
216. TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
217. TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
218. TESTUT et LATARGET. — Traité d'anatomie humaine.
219. THÉVENOT, 1900. — Des adénites génienues, in *Gaz. des Hôpit.*, 21 avril 1900.
220. TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 11^e édition, p. 260.
221. TIXIER et PATEL, 1928. — Affections non traumatiques des os, in *Précis de Path. chirurg.*, t. I, p. 579, 5^e édit. Paris.
222. TOUTEY, 1914. — Étude sur les anévrysmes diffus traumatiques. Thèse de Paris.
223. VALLEBONA, 1928. — Sur les tumeurs d'origine dentaire et para-dentaire, *Minerva Médic.*, 1^{er} déc. 1928, 8^e année, n° 40, Sui tumori di origine dentaria e paradentaria.
224. VERDEAUX, 1925. — Contribution à l'étude de l'épithélioma térébrant de la mâchoire supérieure. Thèse de Lyon.
225. VERGER, 1925. — Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie curiethérapie, in *Annales des maladies de l'oreille*, 1925, p. 1166.
226. VERNHOLES, 1927. — Quelques remarques sur le traitement des furoncles et anthrax de la face. Thèse de Paris.
227. VIAL, 1936. — Introduction à l'étude des kystes péri-radicaux. Thèse de Nancy.
228. VIARNAUD, 1914. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de l'anévrysme cirsoïde. Thèse de Bordeaux.
229. VIGIER, 1892. — Adénite de la joue. Thèse de Lyon.
230. VOGUEL, 1924. — Sur les kystes de l'entrée du nez et leur origine probable, in *Zeitschrift Hals.* t. V, n° 3-4, in *Annales d'O. R. L.*, 1924, p. 730.
231. YOTTE, 1924. — Contribution à l'étude du lupus nasal, Thèse de Paris.
232. ZEYLAND, 1927. — Tumeurs à cellules géantes, in *Annales d'anat. pathol. et d'anat. médic. chirur.*, t. IV, n° 3, mars 1927, p. 243.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
Rappel anatomique et embryologique	2
Affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon naso-génien	17
Diagnostic différentiel	123
CONCLUSIONS	137
BIBLIOGRAPHIE	139

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 16-2-1938.

